



La sensorialité et la négativité psychique : fonctions, limites, recherche d'applications cliniques

Laurent Branchard

► To cite this version:

Laurent Branchard. La sensorialité et la négativité psychique : fonctions, limites, recherche d'applications cliniques. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2015. Français. NNT : 2015TOU20024 . tel-01286989

HAL Id: tel-01286989

<https://theses.hal.science/tel-01286989>

Submitted on 11 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Fédérale



Toulouse Midi-Pyrénées

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par :
Monsieur Laurent BRANCHARD

le 3 juillet 2015

Titre :

LA SENSORIALITÉ ET LA NÉGATIVITÉ PSYCHIQUE ;
FONCTIONS, LIMITES, RECHERCHE D'APPLICATIONS CLINIQUES

École doctorale et discipline ou spécialité :

ED CLESCO : Psychologie

Unité de recherche :

LABORATOIRE CLINIQUES PATHOLOGIQUE ET INTERCULTURELLE

Directeur/trice(s) de Thèse :

Monsieur le Professeur Gérard PIRLOT

Jury :

Monsieur le Docteur Bernard BENSIDOUN

Monsieur le Professeur Henri CHABROL, université Toulouse Jean Jaurès

Madame le Professeur Nathalie DUMET, université Lyon Lumière

Monsieur le Professeur Alberto KONICHECKIS, université Paris Descartes

Monsieur le Professeur Sesto Marcello PASSONE, université catholique de Louvain

Monsieur le Professeur Gérard PIRLOT, université Toulouse Jean Jaurès

Université Fédérale



Toulouse Midi-Pyrénées

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par :
Monsieur Laurent BRANCHARD

le 3 juillet 2015

Titre :

LA SENSORIALITÉ ET LA NÉGATIVITÉ PSYCHIQUE ;
FONCTIONS, LIMITES, RECHERCHE D'APPLICATIONS CLINIQUES

École doctorale et discipline ou spécialité :

ED CLESCO : Psychologie

Unité de recherche :

LABORATOIRE CLINIQUES PATHOLOGIQUE ET INTERCULTURELLE

Directeur/trice(s) de Thèse :

Monsieur le Professeur Gérard PIRLOT

Jury :

Monsieur le Docteur Bernard BENSIDOUN

Monsieur le Professeur Henri CHABROL, université Toulouse Jean Jaurès

Madame le Professeur Nathalie DUMET, université Lyon Lumière

Monsieur le Professeur Alberto KONICHECKIS, université Paris Descartes

Monsieur le Professeur Sesto Marcello PASSONE, université catholique de Louvain

Monsieur le Professeur Gérard PIRLOT, université Toulouse Jean Jaurès

Mes parents, peut-être l'avez-vous envisagé avant même que je n'ose y penser...

Romain et Maud, mes chers enfants ; vous n'avez pas eu le choix, je n'ai pas pu faire autrement. Être davantage présent auprès de vous m'aurait rendu moins présent d'une autre manière. Bravo pour votre capacité d'adaptation et votre patience.

Céline, par temps menaçant, le montagnard vérifie l'emplacement du refuge, l'itinéraire et le délai pour se rendre à l'abri. S'il ne s'y rend pas, le refuge et son gardien ne sont pas immédiatement remerciés mais ont pourtant joué un rôle déterminant dans la réussite de l'ascension.

Monsieur Pirlot, des préalables de ce travail jusqu'à ce jour, merci de votre confiance, d'avoir conjugué soutien et incitation à l'expression de ma pensée.

Olivier, merci de ton article initial qui m'a donné à penser avant notre rencontre. Merci aussi de tes retours critiques qui ont poussé l'amélioration de mon travail.

Amis, proches, collègues, patients... Merci à ceux dont la rencontre m'apprend, ceux qui ont poussé le désaccord vers une dialectique qui m'incitait à préciser ce que je ne sentais pas encore moi-même. Nos échanges ont nourri ma pensée : le texte en porte leurs traces....

Peut-être pas complètement négativées.

Madame et Messieurs les membres du jury, merci de l'attention portée à ce travail et de me faire l'honneur d'y apporter votre jugement.

Résumé : Si la négativité psychique est commune à chacun, elle peut envahir la dynamique et l'économie psychiques dans des tableaux psychopathologiques eux-mêmes marqués par cet envahissement. Un tel processus psychopathologique viendrait empêcher le rôle « seuil » du corps via la sensorialité, et viendrait grever lourdement les destins pulsionnels ; symbolisations et affects. Selon nos hypothèses, cadre et technique cliniques seraient alors à adapter par une thérapie avec et par le corps propre du sujet. Un protocole de 18 sujets cherche à évaluer les efforts de répression, l'alexithymie, la sensorialité aux points d'appui du corps et les représentations corporelles dans des hypothèses qui révéleraient des « abus de négativité psychique ». Quatre études de cas de suivis thérapeutiques permettent une discussion plus en détail en considérant le cas par cas.

Nous concluons par des propositions de réaménagements théoriques et cliniques qui permettraient la prise en compte d'un tel abus de négativité dans le cadre de psychothérapies. Pour certains sujets, nous pensons que c'est précisément sur ce seuil qu'un effet thérapeutique est le plus mobilisable.

Mots clés : négativité, sensorialité, corps, médiation, clinique.

Summary : Psychic negativity exists for everyone, but it can invade both the dynamic and the economic aspects of the psyche, resulting in psychopathologies that are influenced by this invasion. Such a psychopathologic process could hinder the 'interface' role of the body through sensibility, and could largely prevent instinctual drives; symbolism and affect. Our hypothesis suggests that the clinical setting and technique should be adapted, with a body-mediated therapy. A study of 18 persons aims at evaluating repression efforts, alexithymia, sensibility at the level of the supporting points of the body and body representations, in supposed cases of 'excessive psychic negativity'. Four case studies focusing on follow-up therapy provide valuable insight on a case-by-case basis.

As a conclusion, we make suggestions about theoretical and clinical reorganizations so that 'excessive psychic negativity' is taken into account in psychotherapies. For some persons, we think this 'interface' role is precisely what could produce a therapeutic effect.

Key words: negativity, sensibility, body, mediation, clinical study.

«C'est un être d'une affectivité intense et instable ... un être jouisseur, ivre, extatique, violent, aimant, un être envahi par l'imaginaire, un être qui sait la mort et ne peut y croire, un être qui secrète le mythe et la magie, un être possédé par les esprits et les dieux, un être qui se nourrit d'illusions et de chimères, un être subjectif dont les rapports avec le monde objectif sont toujours incertains, un être soumis à l'erreur, à l'errance, un être lubrique qui produit du désordre ... Nous sommes contraints de voir qu'homo sapiens est homo demens»

Edgar MORIN

Le paradigme perdu : la nature humaine (c'est nous qui soulignons)

Ed. Seuil, 1973, p. 123.

TABLE DES MATIÈRES

1- INTRODUCTION	11
2- LA NÉGATIVITÉ ; DU CONCEPT VERS LA CLINIQUE.....	19
2.1 D'où vient le négatif ?.....	21
2.2 Le négatif dans la psychanalyse.....	22
2.3 Le travail du négatif, défense du moi.....	29
2.4 Expressions cliniques de la négativité.	35
2.4.1 L'état limite.....	38
2.4.2 L'exclusion de l'affect	43
2.4.3 Le négatif psychosomatique	45
3- LA SENSORIALITÉ	51
3.1 Les sensations, pré-représentations?!.....	53
3.2 La sensorialité relève de processus actifs	61
3.3 La sensorialité, limite et contenance.	67
3.4 Des processus actifs aux procédés auto-calmants.....	71
3.5 De la sensation à la perception; de l'émotion à l'affect...clinique du blocage alexithymique?.....	73
3.6 Hallucinoire et sensoriel; la métaphore du facteur indécis... ..	78
3.7 Sensoreil ou hallucinoire? Finalement irréprésentable?	82
3.7.1 L'irréprésentable, les Botella	82
3.7.2 Edson pré-représente-t-il?.....	85
4- CADRE ET TECHNIQUE; UNE CLINIQUE DE LA NÉGATIVITÉ	89
4.1 La question du cadre, nécessité de recherches de variations	91
4.2 Spécificités de transferts; et du contre transfert.	93
4.2.1 Du transfert latéral au transfert sur le cadre.	93
4.2.2 Transferts sur le corps.....	97
4.2.3 Contre transfert; tout contre.....	101
4.3 Les médiations	103
4.3.1 La médiation, le médium malléable	103
4.3.2 Le corps comme médiateur.....	108
4.4 Technique	110
4.4.1 Technique du corps, technique avec le corps	110

4.4.2	Sentir, toucher, être touché, bouger.....	114
4.4.3	Le baiser à Hugo; première et seconde lecture	117
5-	MÉTHODOLOGIE.....	121
5.1	Le questionnaire de répression de Weinberger (WRQ).....	125
5.2	Le questionnaire d'alexithymie pour enfants (QAE).....	130
5.3	L'évaluation des points d'appui au sol	132
5.4	Entretien sur les représentations corporelles	134
5.5	Hypothèses opérationnelles	140
6-	RÉSULTATS	143
6.1	Présentation des résultats des divers champs de la méthodologie.....	145
6.1.1	Résultats au questionnaire de répression de Weinberger (WRQ)	145
6.1.2	Résultats au questionnaire d'alexithymie pour enfants (QAE)	146
6.1.3	Résultats à l'évaluation des points d'appui au sol.....	146
6.1.4	Résultats aux entretiens sur les représentations corporelles	147
6.2	Confrontations entre eux des différents résultats issus de la méthodologie	156
6.3	Discussion des hypothèses	158
7-	CAS CLINIQUES	161
7.1	Études de cas clinique	163
7.1.1	Déïmos	163
7.1.2	Kali.....	188
7.1.3	Hector.....	204
7.1.4	Edson.....	219
8-	DISCUSSION	237
8.1	Propositions de réaménagement théorique.....	239
8.1.1	L'autisme ; prématurité psychique	239
8.1.2	L'adolescence ; surgissement sensoriel ou résurgence œdipienne ?	241
8.1.3	Retour sur le consensus théorique d'un corps « objet externe pour la psyché ».	242
8.1.4	Multitude des qualités de représentation.....	246
8.2	Proposition de réaménagement clinique.....	250
8.2.1	Question d'éthique	250

8.2.2	Retour sur la dialectique irreprésentable/pré-représenté ; enjeux cliniques	251
9-	CONCLUSION.....	255
10-	BIBLIOGRAPHIE.....	261
11-	ANNEXES.....	275
11.1	Tableau de recueil des réponses au WRQ	275
11.2	Tableau de recueil des réponses au QAE.	279
11.3	Tableau de recueil des réponses aux points d'appui au sol.	280
11.4	Recueil des réponses à l'évaluation des représentations corporelles	282
11.5	Demande de consentement.....	337
11.6	Protocole de recherche vierge	338
11.6.1	Questionnaire d'alexithymie enfants	338
11.6.2	Questionnaire répression de Weinberger	339
11.6.3	Points d'appui au sol	343
11.6.4	Entretien sur les représentations corporelles	344
12-	INDEX DES TABLEAUX	345
13-	INDEX DES AUTEURS	347

1- INTRODUCTION

La psychopathologie est régulièrement présentée et enseignée comme la présence de quelque chose qui ne va pas, qui fait souffrir. Quelles que soient les épistémologies, les nosologies qui découlent classent et repèrent les symptômes à partir d'une sémiologie positive : il y a quelque chose qui montre que ça ne va pas ! Notre approche propose un contre-pied à cette posture : il n'y a pas quelque chose, et là aussi il faut craindre que ça n'aille pas. Aucune de ces deux postures n'annule l'autre. Les grilles de repérage de tel ou tel syndrome ne manquent pas, et le diagnostic positif est à craindre quand assez de croix ont été cochées. Pour la plupart de ces grilles, nous croyons que l'on peut craindre aussi pour celui qui ne coche aucune croix. N'y a-t-il pas à craindre pour Claude tel qu'il est introduit par le narrateur dans une pièce de théâtre : « *Claude Gatignol, premier trombone de l'orchestre philharmonique de Radio France. Un homme discret, à l'humour feutré, qu'on peut plus facilement décrire par soustraction : Claude n'est pas coléreux, il n'est pas fantasque, il n'est pas malhonnête. Il n'est pas, en quelque sorte.* » (Delaporte et de La Patelière, 2012, p17, c'est nous qui soulignons). Nous croyons qu'une attention particulière à *ce qui n'est pas* peut participer pour partie à comprendre la psychopathologie et, peut-être, améliorer la clinique qui en découle.

Un constat théorico-clinique se situe au départ du présent travail et peut se décrire en 3 points :

1- Dans une première expérience de psychomotricien en psychiatrie adulte puis infantile, nous avons régulièrement reçu des patients par indication négative, par défaut. Un autre clinicien avait reçu la patient et, par défaut d'expression psychopathologique claire à ses yeux, l'avait orienté. Le patient ne correspondait pas aux critères nosologiques du praticien. Le tour de force est qu'au négatif du patient répond du négatif du clinicien. Le patient lui, n'a pas choisi une psychopathologie à dominante négative ; et nous croyons qu'il faut bien s'y affronter alors. Ceux qui ne cochent pas de croix comme il faut souffrent aussi.

2- Dans la clinique, la dominante négative de la psychopathologie du patient est une épreuve pour le clinicien ; qui se trouve dans le paradoxe de tenter d'intervenir tout en étant privé largement de matériel clinique. À nouveau dans notre première expérience, nous avons cru que la médiation du corps dans la thérapeutique éviterait de répéter les écueils du point précédent. Ce ne fut pas toujours le cas, certains patients semblaient venir « sans leur corps ». Ce point sera explicité.

3- La littérature fut d'un faible secours. Les textes sur le travail du négatif opéré par la psyché d'un part, et d'autre part ceux exposant les implications théorico-cliniques du corps existent. Les tentatives de croiser les deux approches manquent ; ce qui argumente la construction des différents chapitres de la thèse.

Notre épistémologie est essentiellement mais non exclusivement celle de la métapsychologie freudienne. L'approche psychanalytique va nous permettre d'exposer les efforts de la psyché pour *qu'il n'y ait pas* (de pensée, d'affect, de sensation, de mouvement, de vie), envisageant que le travail du négatif qui peut être sain devient souffrance quand il envahit tout le fonctionnement psychique, jusqu'aux rapports avec la réalité externe, le corps. Également la théorisation psychanalytique nous permet d'envisager comment le corps et la sensorialité sont traités par la psyché et peuvent utilement intervenir dans une clinique de consultation en psychiatrie publique pour des personnes pré-adolescentes.

La référence psychanalytique est essentiellement freudienne, avec de larges détours dans le champ kleinien utiles dans la compréhension des premiers temps de vie.

Également, nous nous permettrons quelques détours vers une épistémologie plus cognitive, très ponctuellement neuro-cognitive. L'éloignement théorique permet parfois des rapprochements. Ces détours se font au sein du corps du texte et non en parties séparées et ont deux buts : élargir au mieux la palette de compréhension théorique autant que cela soutient notre pensée, et argumenter une partie de la méthodologie. Ce second point a son importance car, si la recherche est clinique, nous voulons confronter nos hypothèses cliniques à d'autres éléments plus formels. Nous espérons ainsi minimiser (non pas éliminer) les biais concernant le chercheur lui-même, et permettre plus d'un angle de vue pour la discussion. Les philosophes ont engagé des débats sur les statuts du corps et de la psyché. Henry (1963) a tenté de rassembler le dualisme de Descartes « *je pense, je suis* » et celui de Maine de Biran « *je peux (sentir et agir sur le monde), je suis* ». Le corps est actif et passif à la fois jusque dans la sensorialité, il ne peut être que subjectif. Nous espérons que notre travail s'insérera dans ce débat sur le statut du corps.

Nos hypothèses seront précisées, elles se présentent comme ci-dessous. Certains patients (dans notre cas des pré-adolescents) semblent pris dans une psychopathologie particulièrement marquée par l'expression du négatif. Les expressions verbales et d'affects sont réduites. De même un travail de symbolisation, de mise en lien, semble difficile à mettre en place dans la thérapie. Ce tableau semble aller de pair avec une égale difficulté à prêter attention au corps propre, c'est-à-dire aux modulations corporelles qui s'accompagnent habituellement de sensations, et qui alertent habituellement le sujet sur ses variations d'affects. Il faut envisager ici un clivage entre corps et psyché (ou coupure d'équilibre), autrement dit entre Moi « corporel » et Moi « affecté ».

L'hypothèse générale est la suivante : chez ces sujets le travail de la négativité domine pour venir empêcher une réactualisation de sensations et affects qui mettent en difficulté le sujet (au regard d'un risque traumatique, de menace autistique, ou de rompre le précaire équilibre psychosomatique selon les hypothèses de la métapsychologie que nous proposerons). L'émergence de sensations ou affects représente une souffrance (ou menace de souffrance), qui serait évitée par un recours envahissant à la négativité psychique: prétendre ne rien vivre plutôt que traiter cette souffrance ; « *même pas mal, même pas peur* », disent de nombreux adolescents.

L'hypothèse opérationnelle est la suivante; la négativité psychique peut être repérée, surtout dans ses abus, à travers des mécanismes de défenses d'évitement et manifestations cliniques particulières. Ces « mécanismes de l'esquive » et signes cliniques seront précisés dans les parties ad hoc. Nous allons rechercher les indices de manifestation de cet abus de négativité, par un protocole de recherche proposé à un petit groupe de pré-adolescents reçus en psychiatrie publique. Cet abus de négativité envisagé comme un processus précoce dans la vie des sujets devrait se manifester dans la psychopathologie en concernant également (peut-être même en premier lieu) le corps réel, les sensations. À cet âge nous supposons que les processus négativés ne sont pas (pas encore ou pas complètement) ceux de l'adolescence. Les résultats pour ce petit groupe seront discutés au regard de ceux de quatre études de cas, dont la thérapie permet de supposer plus individuellement les processus en jeu pour chacun. Pour renforcer notre hypothèse opérationnelle, nous espérons démontrer chez certains sujets

un abus de l'évitement d'expression des émotions et ressentis du corps (négativité envahissante) versus une négativité plus relative chez d'autres, pour qui la psychopathologie dominante ne concerne pas cet évitement.

L'ambition clinique qui suit consiste à préciser l'intérêt de la mise en œuvre d'un cadre thérapeutique à médiation corporelle, avec une attention particulière portée aux sensations. Cette idée s'appuie sur le constat du faible matériel clinique (verbal) à disposition chez ces sujets ainsi que sur l'espoir de réactiver dans la clinique des sensations et affects « à risque psychique » pour le sujet, mais dans un cadre sécurisant, où l'on peut survivre à ces menaces, pour s'appuyer sur une éventuelle symbolisation primaire (au sens d'un lien assez direct avec la représentation en jeu), et s'approcher éventuellement d'une symbolisation secondaire. Peut être ici cherchons-nous un échange entre métonymie et métaphore ? La méthodologie va associer des évaluations qualitatives et quantitatives (test quantitatif versus entretien semi-directif), des éléments assez formels (dénommer les points d'appuis au sol) et des éléments projectifs (test des contes). In fine ces éléments seront confrontés à notre clinique. L'objectif est d'améliorer la compréhension psychopathologique des processus et de la population évoqués, ainsi que la clinique à proposer.

2- LA NÉGATIVITÉ ; DU CONCEPT VERS LA CLINIQUE

2.1 D'OU VIENT LE NEGATIF ?

L'intérêt humain pour ce qui n'est plus, est devenu invisible, est caché tout en existant; dépasse celui du négatif dans la psychopathologie. La conscience humaine s'est accompagnée de rituels mortuaires, offrandes, objets laissés au mort.... au cas où.... Que devient donc celui qui n'est plus là? Il est raisonnable de penser des liens solidaires entre la conscience de la mort et la conscience tout court. Le traitement des cadavres par les hommes est probable dès 1 million d'années en arrière, flagrant à 500000 ans, et très élaboré (proche de la forme actuelle) à 100000 ans, comme preuve d'une pensée symbolique évolutive, dynamique (Coppens, 2011). Plus proche de nous, la maîtrise de la céramique indique que les poteries furent en premier lieu des constructions de figures humaines (très présentes aussi dans les sépultures) qui précèdent autour de -35000 ans la construction de contenants, pots (-14000ans) pourtant utiles dans les conditions de survie nomade (Ibid). Symboliser l'absence et se représenter soi-même précèdent l'invention opératoire. Inutile ici de pratiquer une revue anthropologique autour de l'absence, l'idée est de souligner l'attrait humain pour l'incompréhensible, l'insaisissable, dans des tentatives d'approcher ce qu'il ne maîtrise pas de lui-même. Pour venir immédiatement plus près de la clinique, il y a diverses façons d'envisager cet incompréhensible humain qu'est la folie, la souffrance psychique. Ey de rappeler la position de Mesmer, dans une non reconnaissance de la folie chez l'homme, de l'incompréhensible, cherchant à en accepter les aspects à la fois surnaturels mais toujours humains (Ey, 1975). Ey ne nomme pas le négatif, il semble tourner autour.... Il s'approche par l'étiologie envisageant une causalité morale de la maladie mentale, ce qui semble une négation de la maladie comme entité propre. Il s'approche également du négatif le voyant comme « *dissolution de la conscience* » (ibid, p33), une expression de symptômes est un « positif » dû à une étiologie négative. Quelque chose dans la conscience dans son rôle de trier, ordonner, inhiber échoue à la fois dans le rapport au monde réel externe et dans celui à l'inconscient. Le sujet souffre alors d'un surplus de positif, ne pouvant qu'être fou face aux stimulations du monde comme à celles émises depuis l'inconscient (ibid, pp239-244). Enfin, Ey s'approche encore du négatif dans son application à considérer un équilibre corps-psyché. Cet équilibre est sans cesse à rétablir, le système est ouvert, dans une organisation en complexité de l'être vivant.

Malgré un effort moniste de réunion corps-psyché, il y a un reste, quelque chose d'irréductible ni au corps, ni à la psyché, ni à une tentative de les réunir. Le négatif n'est-il pas là? Si Ey a sa place ici c'est pour signifier que la recherche de compréhension de la psychopathologie qui considère conjointement (ensemble, réunis?) corps et psyché a débuté bien avant la présente recherche. Ey a lui-même appuyé le modèle organo-dynamique sur les apports plus anciens (Jackson et le 19^{ème} siècle).

2.2 LE NEGATIF DANS LA PSYCHANALYSE

Le négatif n'est pas un concept originel explicite de la psychanalyse. Nous nommons négatif l'objet psychique « négativé »; et négativité les processus qui permettent entretien, création de ces objets (nous nous permettrons de paraphraser Green, 1993, disant « travail du négatif »). Ce qui est annulé, amoindri, évité ou détourné existe pourtant dans la réflexion freudienne dès l'esquisse, où les conditions de passage de la barrière de contact, de perte ou d'annulation d'une information se posent déjà. Mais il ne s'agit là que d'un négatif implicite dans les textes. La quantité d'excitation doit être régulée par des systèmes antagonistes, ou de transformation (de quantité en qualité par exemple). Le négatif peut être ce qui permet une fuite des stimulations internes pour réguler la quantité d'excitation. Là où la motricité peut permettre d'éviter ou fuir des excitations ou dangers externes réels, elle perd cette utilité vis à vis des stimulations internes. Pourtant le négatif n'évacue pas la tension, elle est mise à l'écart; un dispositif inhibiteur est chargé de réguler l'excitation, l'appareil psychique doit éviter la montée d'excitation jusqu'à un seuil de douleur (Freud, 1895, pp 25-37). Freud n'est pas loin d'explicitier le négatif dans sa préoccupation à comprendre comment la psyché traite les excitations. Si le traitement des excitations externes échoit au système perception-conscience; celui-ci est limité pourtant dans ses capacités. Si ces excitations sont traitées en conscience, leurs traces sont rendues inconscientes par un travail du négatif, qui n'est pas nommé dans ses travaux (Freud, 1920). Pour Guillaumin (1987) le négatif est support implicite de la naissance de la psychanalyse « *en s'installant au départ au défaut même du comprendre* » (p17). Également, le négatif, plus précisément la négation est un support au travail de Freud avant l'article titre de 1925. Freud a exposé ses références à Hegel, et Green rappelle dans son propre travail que le négatif est

présent dans les développements freudiens bien avant l'article sur la négation (Green, 1993). Pour Green, le négatif Hégélien a inspiré les travaux de Freud avant le tournant de 1920, permettant d'argumenter sur les pulsions, les rêves (réalisation hallucinatoire de ce qui a été négativé dans la vie consciente), le refoulement puis les autres mécanismes de défenses relevant du négatif (clivage, déni, dénégation, répression, hallucination négative, isolation). Cela participe probablement à l'invention de la pulsion de mort. Green semble exposer que Freud se réfère à la phylogenèse comme à un ensemble commun négativé, dont certains « schèmes » se réactivent individuellement :

« On pourrait parler alors d'une négativité implicite ou même d'une forme biologique-anthropologique d'un travail du négatif [...]. Non seulement parce qu'à l'examen, la théorisation bute sur la nécessité, dans un tel système de pensée, de produire des postulats théoriques qui manquent à la cohérence de l'œuvre, mais aussi parce que Freud considère que les événements de la préhistoire de l'espèce ont été assimilés par internalisation dans la psyché, et sont devenus, par transmission héréditaire, partie intégrante de la structure psychique commune » (Green, 1993, p 46).

Ici, l'articulation du biologique et du psychologique suggère que nos mythes seraient de l'histoire ancestrale commune refoulée, du trauma social négativé, du biologique négativé dans du psychique, bien caché en son sein dans l'inconscient, et qui ne peut individuellement réapparaître qu'à la faveur de quelques conditions particulières. Il nous semble que nous ne sommes pas très loin ici des hypothèses de Freud dans « Totem et tabou » sur la capacité de la « horde primitive » à négativer son agressivité vis-à-vis du père (Freud, 1913), à mettre en mythe (de l'Œdipe ?) la « violence fondamentale ». Bergeret (1984) expose que le mythe de Œdipe peut se réinterpréter comme venant nier l'ordre chronologique de la violence entre générations allant jusqu'à inverser cet ordre ; les parents violentant par avance les enfants par crainte de leur violence (une violence verbale première existe dans ce mythe, entre adultes, quand l'oracle verbalise aux parents sa prédiction des pires déboires avec leur enfant). Pour Green encore ; *« la retraite dans laquelle se tient le négatif, fait pressentir l'action à distance qu'il est capable d'exercer (dans l'espace et dans le temps) » (1993, p 57),*

laissant présager le rôle que peut tenir la répression de l'agressivité par exemple¹.

Le négatif tel que nous le comprenons n'est pas celui des définitions psychiatriques, dans un abord déficitaire explicite du côté des comportements ou compétences cognitives. Souvent rattaché à l'irreprésentable des états psychotiques (Di Rocco, 2009), nous ne saurions lier spécifiquement le négatif à ces états. Le négatif n'est pas synonyme de « *l'inverse de positif* ». Aussi, il faut envisager le négatif autrement que comme ce qui s'oppose au positif; mais encore comme ce qui n'est pas, ou ne doit pas être et doit donc être annulé eu égard d'une présence gênante. Ainsi l'opposé de l'amour n'est pas la haine, mais le non amour (ce qui n'est pas son absence éventuellement symbolisable), et l'opposé de la haine n'est pas l'amour, mais la non haine. Le négatif qui attire ici notre attention n'est donc pas celui du transfert négatif (le transfert étant à la fois « levier » et « résistance », Freud, 1912, p109). Il n'est pas non plus celui de la réaction thérapeutique négative (Freud, 1923a et 1924a)², ni encore le transfert négatif tel que décrit par Lacan (1948) comme une haine agressivement adressée à l'analyste alors que « *c'est la participation à son mal que le malade attend* » (p107). Le négatif a été étudié par défaut, comme ce qu'il n'est pas, et le projet ici est de considérer le négatif dans ce qu'il montre (dans le paradoxe de montrer ce qui ne doit pas être; et indirectement puisque sa qualité négative le fait « se cacher »), bien sûr dans une intrication avec le positif. Le signe « négatif » est marqué, si bien qu'aujourd'hui il est présenté encore comme refus ou opposition (Lepoutre, 2014, la fonction « retrait » du négatif est citée mais non développée). Peut-il y avoir une négativité psychique qui n'est pas une opposition à quelque chose ? Green s'est efforcé de montrer le travail du négatif auquel la psyché s'astreint. Également, si les liens et influences entre les

¹ Les points soulevés ici peuvent servir d'hypothèses quant à la naissance chronologique et au rôle de l'inconscient dans la phylogenèse humaine. Osons lâcher ici comme bribe d'hypothèse, que le biologique débordé par des nouveautés et adaptations qui lui sont spécifiques, ajoutées à des ébauches de vie sociales, a été contraint « d'inventer » un inconscient comme « réservoir » de négatif (réservoir bouillonnant de pulsions), permettant de faire la place à de nouvelles adaptations et complexifications sociales dans la vie consciente. Cependant ce négatif, puisqu'il est préservé et caché plutôt que détruit, conserve probablement un rôle quant aux équilibres vitaux de l'espèce. Nous ne sommes pas loin ici d'une généralisation à la vie sociale humaine des hypothèses plus individuelles de Freud en 1920 (citées plus haut).

² Dans ces références la réaction thérapeutique négative est résistance non pas du Moi mais du Surmoi comme punition masochiste, vengeance, résultant d'une culpabilité après tension entre Moi et Surmoi.

concepts ci-dessus incluant le terme de « négatif » et le négatif « greenien » existent, il nous semble que Green a tenté une approche participant à les distinguer, les préciser. Il insiste sur certaines caractéristiques du négatif, qui ne peut se comparer au négatif photographique. Une première forme de négativité est créatrice, reconnaissant angoisse de perte ou constatant la séparation, le sujet répond par de l'hallucinatoire, de la création d'objet, de l'espace potentiel. La deuxième forme, dite alors du « négativisme », bloque la créativité *« en conférant au manque tous les attributs du mauvais »* (Green, 1993, p16). L'objet qui n'est pas là n'est pas symbolisé, il n'est même pas absent, il n'existe plus dans la psyché. L'objet ne compte que dans sa présence. Le travail de ce négatif-là est du *« négatif du négatif_ c'est à dire le manque dans l'absence »* (ibid, p17). Nous repérons ici ce qui peut être défini comme la négativité: *« négation de la négation »* (Rosolato, in Missenard 1989, pp9-22). Cette dynamique fait support à une grande détresse psychique, car l'absence ne peut s'appuyer alors sur aucune représentation, ni même celle de l'absence. Le négatif se nie lui-même, il n'y a pas de manque à élaborer, puisque nié. Le vide, le rien, la *« psychose blanche »* (Donnet, Green, 1973), la *« dépression essentielle »* (Marty, 1968), ne sont pas envisagés comme défaut de quelque chose, mais comme défaut tout court. Green revendique quelque inspiration sur le négatif auprès de Winnicott et Bion. Il semble pourtant que ces derniers abordent assez implicitement le problème du négatif. Green voulant introduire le négatif dans son livre titre, le définit d'emblée au plus près en se situant dans la dynamique de Winnicott:

« Winnicott suggère que les expériences traumatiques qui ont mis à l'épreuve la capacité d'attente de l'enfant à l'égard de la réponse ardemment souhaitée de la mère, conduisent, faute de cette réponse, à un état où seul le négatif est réel. Qui plus est, la marque de ces expériences serait telle qu'elle s'étendrait à toute structure psychique et deviendrait indépendante, pour ainsi dire, des apparitions et disparitions futures de l'objet; ce qui signifie que la présence de l'objet ne saurait modifier le modèle négatif, devenu caractéristique des expériences vécues par le sujet. Le négatif s'est imposé comme une relation objectale organisée, indépendante de la présence ou de l'absence de l'objet » (Green, 1993, p15).

Le négatif tend à marquer la psyché d'une relation d'objet caractérisée par ses manques, défaillances, par le non advenu. On est marqué de ce qui n'a pas eu lieu ; par

un traumatisme en creux. Green (2005) attribue donc l'inspiration du négatif à Winnicott (niant en être l'inventeur), essentiellement à partir du concept de transitionnalité (il faut en effet s'oublier un peu soi-même pour co-crée et rencontrer un autre), ou de gel psychique suite à des échanges carencés entre l'enfant et un environnement pas « *suffisamment bon* ». Nous croyons cependant le négatif implicite chez Winnicott (1958 et 1971), et attribuons à Green l'humilité de son point de vue.

De son côté Bion (1967) paraît un peu plus explicite, il expose le dilemme auquel la psyché est soumise au regard de la frustration : l'élaborer ou l'évacuer. Il expose que ce dilemme est au maximum dans les processus relevant de la schizophrénie, commune aux études de cas qu'il présente (personnalités dites psychotiques). Il postule cependant en même temps le « *déni d'un degré normal d'identification projective* » (pp 115-119). L'identification projective est ici évacuation « normale » vers l'extérieur d'une tension agressive. Le négatif, qui n'est pas nommé comme tel, est lui-même empêchement à élaborer ; « *attaques destructrices contre la pensée verbale elle-même* » (p 106). Bion remarque quelques rapprochements de processus entre l'hallucination et l'identification projective, particulièrement l'attaque des liens dans les cas de « *psychose borderline* » (p 105). Ces sujets concernés par une psychopathologie du négatif sont précisément peu en capacité d'élaborer. Quant à évacuer, cette évacuation est régulièrement dramatique (passage à l'acte, psychosomatisations...). Cette évacuation indique peut être que nous ne sommes pas face à des manifestations du négatif. Il pourrait s'agir d'un travail du négatif débordé, qui dans les termes de Bion ne tiendrait plus son ambition de ni élaborer ni évacuer; défi impossible... Il est encore pressenti ici que le symptôme négatif est autre chose qu'un compromis entre un désir inconscient refoulé et un interdit, mais plutôt une tentative d'étouffement d'une menace. Pour cet auteur les pensées précèdent l'activité de pensée, « *l'activité de pensée est ici un développement imposé à la psyché sous la pression des pensées, et non le contraire* » (ibid, p126). Distinguant la chose absente (représentable) et le rien, univers vide, détruit; cette conception suggère que le négatif peut être un état de défaut d'appareil à penser face à des pensées (encore non liées), état que le sujet se doit d'équilibrer par une activité de pensée. Une telle construction de l'activité est pourtant une co-construction, qui se fait par le détour avec d'autre(s) qui pensent via « *la boucle de la fonction alpha* » (Bion, 1962). Dans cette conception, le négatif pathologique pourrait résider dans les défenses en connaissance

négative (-C, qui serait « dé-prendre » ou « mé-prendre » plutôt que « com-prendre » : prendre avec). Le facteur C de Bion y est une fonction, de lien entre soi et autre, entre amour et haine (facteurs A et H), entre pré-conception (la « *pensée-vide* » de Kant est citée p112) comme des pensées sans appareil de pensée et conception grâce à un appareil de pensée appuyé sur une fonction de connaissance (ibid, pp98-121). Le négatif est alors ici défaut de lien, persistance de pré-conception, de pensée vide. Ce point peut être mis en parallèle avec la clinique, où le « non comprendre » est à transformer en du « com-prendre » (prendre avec), dans la co-construction d'un appareil de pensée né de la rencontre de deux ensembles de pensées, ceux du patient et du clinicien. Cette co-construction dépend pourtant aussi d'une capacité négative de l'environnement (maternant ou clinique, laisser à l'état de méconnaissance, -C; une partie de ce qui est reçu dans la boucle alpha). Si le nouveau-né ou le sujet plus grand ne peut tout traiter de ce qui lui arrive et se doit d'en négativer une partie. L'autre participant de la boucle alpha ne peut non plus tout prendre en compte de ce qui est émis. Il a à mettre de côté, à négativer, une partie de ce qu'il reçoit avant d'élaborer une réponse. La difficulté est qu'en cas d'erreur de « tri » entre les éléments alpha à négativer et ceux à transformer en éléments bêta à restituer de la part de l'environnement (trop de -C), le nourrisson reçoit en retour de boucle des éléments encore moins « symbolisables » (« conceptualisés » dirions-nous dans le vocabulaire de Bion) que ceux expulsés. Le risque de souffrance est augmenté, éloignant les pulsions de supports de symbolisation:

« En -C, le sein est ressenti envieusement comme ce qui retire l'élément bon ou estimable dans la peur de mourir et réintroduit de force dans le nourrisson un résidu dépourvu de toute valeur. Le nourrisson qui, au départ, avait peur de mourir se retrouve désormais aux prises avec une frayeur de indicible » (ibid, p118).

Sur cet exemple, le négatif envahit la boucle alpha, la peur de mourir qui, en heureuse situation, serait à symboliser dans la boucle, perd au contraire en capacité à être symbolisée, de peur de mourir elle perd en qualité (en qualification de connaissance) et devient peur tout court, ou encore peur sans réponse à l'appel au secours. Dans un exemple clinique, Prat (1989) expose le passage d'une co-présence nourrisson-parent sans lien, sans réponse interactive, à une présence en lien. La mère est présente, « s'occupe » de son bébé négativant les affects des deux, sans transformer

(boucle alpha) par sa propre pensée les émissions de l'enfant. Enfin, la situation évolue vers une mise en lien entre ce qui se passe chez l'un qui fait sens chez l'autre, les échanges ne sont plus seulement pratiques mais affectés, en miroir, la mère venant qualifier ce qu'elle croit être des états affectifs chez son enfant.

Exposant le travail du négatif auquel s'astreint la psyché, Green souligne la polysémie du terme négatif (Green, 1993, pp29-31), en particulier les quatre sens suivants:

- 1- le négatif comme lutte, force contraire d'opposition au positif.
- 2- le négatif comme symétrie, simple contraire d'équilibre au positif, (proche alors du négatif photographique).
- 3- le négatif comme ce qui continue d'exister sans pourtant aucune perception ni représentation.
- 4- le négatif comme le rien, sans alternative ni contraire.

Les deux premiers sens ont été explorés par les auteurs cités en début de chapitre, avant Green. Les deux derniers sens, davantage précisés par Green, occupent particulièrement le point de départ de notre démarche. Dans cette même référence, le négatif n'est pas nécessairement négatif au sens péjoratif pour le sujet, le négatif comporte des qualités déstructurantes pour la psyché, coûteuses en énergie psychique, comme des qualités éventuellement structurantes, ouvrant à une possible transitionnalité. Attaques de liens et pulsions de mort, dans leurs versants pathologiques, révéleraient une sur-utilisation du travail du négatif déstructurant.

Enfin, Kaës (in Missenard, 1989, pp101-136) a également indiqué la fonction éventuellement structurante du négatif. Il a tenté de discriminer diverses formes de négatif selon leurs rôles pour la psyché:

- Négativité « *d'obligation* »; ce type de négatif est plutôt sain, il est contraint car participe à protéger, maintenir l'équilibre psychique. Il permet de ne pas laisser émerger des « *représentations inacceptables* » qui, pour l'auteur, relèvent de difficultés de lien transsubjectif.

- Négativité « *relative* »; celle-ci peut s'étayer, il s'agit d'une possibilité (mobilité psychique moins menaçante pour la psyché par rapport à la négativité d'obligation) de

création de liens là où il n'y en a pas encore; « *ce qui n'a pas été, mais pourrait être* » (p115).

- Négativité « *radicale* »; de notre avis proche de la compréhension de l'article de Freud sur la négation cité plus haut, il s'agit d'un travail psychique qui vise à nier, cliver, expulser au dehors ce qui serait mauvais ou menaçant pour la psyché là où à l'inverse la négativité « d'obligation » conserve dedans mais le plus en silence possible le contenu psychique.

La négativité radicale nous semble au risque de produire des pathologies plus bruyantes, en comparaison des négativités d'obligation et relative qui concerneraient davantage notre étude dans l'idée d'une psychopathologie plus silencieuse.

2.3 LE TRAVAIL DU NEGATIF, DEFENSE DU MOI

La distinction de « *deux espèces de pulsions* » (sexuelle d'une part, de mort de l'autre; Freud, 1923a, pp283-290) complique et participe à notre compréhension du travail que la psyché doit faire face à la force de la pulsion, force dont les actions divergent selon ladite « *espèce* ». Cette distinction fut avancée (Freud, 1920) alors que les pulsions de morts y sont introduites comme « pulsions du moi ». Les pulsions de mort visent le retour au précédent, au même, au rien là où les pulsions de vie (sexuelles) poussent à la mise en lien, au compromis dans la rencontre avec du différent. Les excitations sensorielles hors liens pourraient se référer aux pulsions de mort. Mais de notre point de vue le débat n'est pas clos. Ne peut-on pas envisager des excitations sans but, pulsions ni de mort (à but de nirvana, de rien) ni de vie (à but de satisfaction). Il s'agirait ici d'excitation libre³. Si l'on veut conserver le terme de pulsion, il faut bien reconnaître ici que la pulsion est extrêmement partielle, voire morcelée. Il n'y a ni d'objet choisi ni but à atteindre, mais pourtant présence d'une excitation; quant à la source?... Dans ce cadre,

³ Ce point discute la distinction entre pulsion et excitation. Nous envisageons que ce que nous avançons ici concerne des excitations non transformées en pulsions. Quoique non prises dans le processus de pulsion ces excitations auraient la capacité de ne pas émettre non plus de signaux « bruyants ». Plutôt que de négativer des pulsions, la question reviendrait à se demander comment la psyché empêche certaines excitations d'entrer dans un processus pulsionnel.

sensation et pulsion sont à considérer comme proches, comme activation des défenses du Moi, défense de la psyché dans son contact au monde. Pour Freud « *Nous nous sommes rendus compte que le moi est sous l'influence particulière de la perception et qu'on peut dire en gros que les perceptions ont pour le moi la même significativité que les pulsions pour le ça* » (1923a, p 283). Freud propose également que le Moi précoce peut se cliver face à un danger: « *Il (le moi) doit maintenant se décider: ou bien reconnaître le danger réel, s'y plier et renoncer à la satisfaction pulsionnelle, ou bien dénier la réalité, se faire croire qu'il n'y a aucune raison d'avoir peur, cela afin de pouvoir rester attaché à la réalité* » (1938, p221). Plus loin dans ce court article ; Freud de donner un exemple d'un enfant de 3-4 ans découvrant la différence des sexes, qui remet au travail la question de la menace de castration. Nous pensons que cette capacité du Moi à dénier la réalité peut être à l'œuvre avant des enjeux œdipiens. Outre la réaction face à une menace, un certain travail du négatif du Moi précoce peut exister pour persister le plus possible dans le principe de plaisir face au principe de réalité. Plutôt qu'une négociation entre les deux principes, la psyché s'efforce d'annuler au plus tôt toute ébauche de représentation:

« *L'auto-érotisme persistant rend possible que la satisfaction instantanée et fantastique relative à l'objet sexuel, laquelle est plus facile, soit maintenue si longtemps à la place de la satisfaction réelle, exigeant, elle, efforts et ajournements. Le refoulement reste tout-puissant dans le royaume du fantasier; il parvient à inhiber des représentations in statu nascendi, avant qu'elles puissent se faire remarquer de la conscience, lorsque leur investissement peut occasionner une déliaison de déplaisir* » (Freud, 1911, p17).

C'est nous qui soulignons ici un travail du négatif précoce du Moi, qui soulage l'économie psychique dans la rencontre entre les principes de plaisir et de réalité. Pourtant cet appoint économique que permet ici le travail du négatif risque de conduire à de larges déséquilibres économiques si la psyché « abuse » (se spécialise) de ce type de défense. Que devient cette représentation inhibée aussitôt que née? Nous comprenons avec la citation de Green ci-dessous qu'un abus de négativité est un obstacle aux processus de transformation, un gel:

« affects et représentations concourent à la différenciation de l'appareil psychique. En cas d'échecs trop nombreux et trop répétés de l'élaboration, c'est l'irréductibilité du ça qui prend possession de l'appareil psychique, plus ou moins sensible aux effets de l'Autre, ou ne réagissant pas à ses performances « perverses » par le travail du négatif, faisant obstacle à la transformation des motions pulsionnelles en affects, des perceptions en représentations et du comportement en langage ». (Green, 2006, p26).⁴

Dans son article sur la négation (1925), Freud distingue l'effort que la psyché fait, utilisant la négation dans le langage, pour juger soit de l'existence soit de l'attribution qualitative d'un contenu de pensée venant à la conscience. La négation vient particulièrement tenir au dehors ce que la psyché doit exclure (le mauvais), versus du bon à y introduire ou maintenir (jugement d'attribution). La psyché doit également évaluer si ce qui se présente en elle est également présent dans une réalité extérieure (jugement d'existence). Le paradoxe est qu'un moyen pour qu'un contenu latent vienne à la conscience, est que ce contenu reste pour partie nié. Freud de conclure *« qu'on ne rencontre dans l'analyse aucun « non » venant de l'inconscient »* (p171), et que c'est bien le Moi (conscient) qui s'efforce de ne pas reconnaître ce qu'il reconnaît pourtant dans une découverte partielle. L'année suivante Freud précise que la négation est un effort de suppression que tente le Moi (Freud, 1926), en particulier dans un but d'évitement de l'angoisse (p 219). Cet effort, comme dans une *« magie négative »* (p236) vise à nier, annuler, non pas les conséquences d'un événement mais l'événement lui-même. Le symptôme négatif vient annuler une menace, cherche à la nier plutôt que de « négocier » un compromis. En ceci le symptôme négatif diffère du symptôme névrotique dans lequel le compromis « achève » de traiter la tension générée dans le Moi :

« La tendance au rendre non advenu trouve une transition par dégradé vers le normal dans la décision de traiter un événement comme « non arrivé », mais alors on n'entreprend rien contre, on ne se préoccupe ni de l'événement, ni de ses conséquences,

⁴ Le négatif pourrait artificiellement se « trier » en négatif sain et négatif pathologique, si ce n'est que pour le Moi, il s'agit de mettre en place des défenses permettant d'apaiser les tensions psychiques (tendues entre elles comme dans la confrontation entre réalité psychique et rencontre avec les objets réels du monde). Pour la psyché, les défenses en place ne sont ni saines ni pathologiques; ce sont les adaptations mises en place.

tandis que dans la névrose on cherche à supprimer le passé lui-même, à le refouler de façon motrice » (p237).

Pour ce qui est du jugement d'existence, quelque chose s'imposant comme existant doit être jugé comme non existant dans une consommation d'énergie qui est loin d'être nulle. Le jugement d'existence peut aussi s'adresser à un objet extérieur, comme une interprétation de l'analyste ou lors de l'hallucination négative par exemple. Plutôt que de penser que le « non » du patient à une interprétation confirme la justesse du contenu interprétatif et une résistance, Freud envisage enfin que ce « non » viennent signer l'incomplétude, comme insistant alors sur ce qui n'a pas (pas encore) été dit plutôt que sur le déjà dit (Freud, 1937, pp 66-67). Dans une clinique engageant le corps, nous avons soutenu que cette incomplétude, ce négatif affecte aussi le corporel, les sensations, le corps propre (au sens corps matériel réel présent dans la clinique) (Branchard, 2011). Comme pour le psychisme, quelque chose du corps et de ses éprouvés échappe toujours à la symbolisation. Ici d'ailleurs le dualisme de vocabulaire ne peut que relancer un débat sur la question dualisme/monisme entre corps et psyché. Le corps, pas plus que la psyché, n'est complètement saisissable. Toute ambition d'approcher une quelconque vérité sur soi impose un relais symbolique. La sensation qualifiée par un mouvement, un dessin, le langage, n'est déjà plus sensation mais représentation d'une sensation passée au filtre symbolique. Le débat monisme/dualisme est probablement vain. Rassemblant les travaux philosophiques sur le corps de Platon à nos jours, Roux (2011) s'appuie sur Saint Augustin pour préciser un paradoxe irréductible: celui d'un monisme de constitution de l'individu mais d'un antagonisme d'expérience. Elle s'appuie aussi sur Descartes pour conclure qu'un point de départ théorique dualiste conduirait une pratique tendant à la mathématisation objective, alors qu'un point de départ moniste conduirait vers la subjectivité et la relativité théorique.

Pour se relier à l'article sur la négation, il se pourrait que la part de retour de refoulé la plus signifiante soit celle qui reste niée par la conscience, qui ne fait pas complètement retour. Le travail du négatif est alors signe d'une dynamique psychique, qui peut soutenir le développement psychique du sujet. Pour Winnicott (1971), l'espace potentiel est un espace de rencontre, une co-construction, un entre deux dans lequel on ne sait plus à qui il appartient. Cet espace est et n'est pas le sein, appartient et

n'appartient pas au sujet, à tel point que Winnicott indique l'impertinence de se demander qui l'a créé (on ne demande pas au sujet: « ce jeu, cet espace, ce langage, est-ce toi ou moi qui l'a créé? »). Un abus du travail du négatif se fait au risque d'empêcher la transitionnalité, le sujet crée seul niant l'interaction. Cet espace, cette rencontre, nécessitent un certain oubli de soi, une capacité à se négativer soi-même pour prendre le risque d'un espace que l'on ne maîtrise pas, qui n'appartient en propre à personne. Théorisant le jeu, Winnicott explicite que « *le jeu a une place et un temps propre* » (ibid, p89), qu'il est transitionnel n'étant ni au dedans ni au dehors, allant jusqu'à négativer/positiver, mettre en confusion/déconfusion la limite entre dedans et dehors. Le travail du négatif s'entrevoit alors comme éventuellement parties saines du Moi. Green (1993) expose particulièrement le travail du négatif dans ces rôles organisateurs comme désorganiseurs de l'équilibre économique de la psyché.

Ce dernier a explicité que le travail du négatif peut être déstructurant comme structurant pour la psyché. On ne peut se rappeler de tout, tout le temps, traiter toutes les informations qui nous parviennent sans cesse, sans quoi l'angoisse submergerait... Nous pensons comme exemple de négatif structurant, ou de protection, à l'amnésie infantile (négatif nécessaire face à l'afflux de quantités de nouveautés qu'il faut bien traiter), la période de latence (face aux tensions engendrées par les pulsions, une certaine mise à l'écart permet enrichissement des contacts sociaux et investissement d'apprentissages), ou des clivages du Moi (ou clivage entre Moi-corporel et Moi-pensant affecté par exemple) permettant de survivre à des situations extrêmes. Ce dernier point a comme exemple un récit autobiographique exposant les modalités de survie physique et psychique dans les cachots, la torture, et sous la dictature en Uruguay. Liscano (2006) semble y exposer une défense négative « réussie »: coupure corps-psyché avec indépendance des sensations (douleurs) et des émotions, négation alternative (alternative pour vivre quand même): des sensations, émotions, annonces de décès (parents), menaces.... Face au vide imposé par ses conditions de détention, le « joueur d'échecs » (Zweig, 1943) tente de contrebalancer par du plein, il apprend par cœur les parties d'échecs par le seul livre qu'il a, jusqu'à ne plus supporter aucun vide, imprévu, décalage entre la réalité des parties qu'il joue plus tard et sa maîtrise par cœur. Le balancier entre trop vide et trop plein est ici si extrême qu'il menace la vie psychique là où il permet de la sauver.

Le négatif est alors à percevoir plus que comme réservoir de ce qui est évité, mis de côté, mais encore comme processus dynamique permettant rencontre et création (transitionnalité chez Winnicott, triercéité chez Green comme fonction de représentation de lien entre des représentations), comme un organisateur psychique du renoncement ouvrant à création (Guillaumin, 1987, pp95-108). Cette mise de côté semble également être la façon dont Racamier (1992, pp213-248) entrevoit le travail du négatif sans le nommer, dans son livre « le génie des origines ». S'il cherche à « classer » les différents dégradés de déni, ce n'est pas ce point que nous voulons révéler ici. Racamier distingue « *refoulement* » et « *repoussement* ». Le refoulement marque l'existence d'un conflit qui ne peut rester en l'état, pour lequel l'appareil psychique doit trouver une solution (par exemple un symptôme). Ici le conflit et sa solution marquent une mise en lien (pulsion de vie?) qui peut venir d'une défense du Moi pour survivre, mais aussi éventuellement du Surmoi venant « sanctionner » l'expressivité pulsionnelle. A l'inverse, le repoussement rassemble les défenses en déni et dénégation (nous osons ajouter la répression), et marquent l'empêchement de conflit, de lien (la pulsion de mort nous paraît ici implicitement pointée), et semble être une défense du Moi face à un risque vital. « *Le refoulement travaille sur le désir et sa figuration; mais le déni porte sur l'existence* » (ibid, p215). Racamier insiste sur le fait que le déni est incomplet, est une défense qui ne s'exerce alors pas seule (« *assorti de défenses complémentaires* » p216), ce qui laisse dans la clinique l'espoir de se mettre à la recherche de traces de dynamiques psychiques, de liens au sein du défaut de lien.

Les éléments ci-dessus suggèrent un travail du négatif immédiat, primaire au sein de la vie psychique. Nous ne pouvons trancher définitivement sur ce point de vue, il nous faut souligner l'hypothèse d'un travail du négatif, défense du Moi, secondaire et rendu nécessaire après un premier clivage précoce. Cette idée semble plus proche des développements post-kleinien, chez Bion, et particulièrement soutenue par Grotstein (1981). L'auteur ne nomme pas un travail du négatif, mais postule un clivage précoce sain opéré par le Moi, dans un effort de distinction entre le soi et le non soi, le bon et le mauvais. « *Splitting, the ancestor of repression, became necessary, she believed, in order to help keep separate these two classes of internal objects* » (p9). Le clivage concerne en premier chef les objets internes. La répression est une conséquence du

clivage qui vient empêcher le retour du mauvais. Grotstein expose l'idée d'un clivage non défensif versus un clivage défensif à haut potentiel psychopathologique (pp15-18). Le clivage non défensif permet d'établir des liens après coup, les objets internes clivés sont reliés entre eux par une activité de pensée qui signe un travail actif de la psyché contre le sentiment de discontinuité. A l'inverse, un clivage défensif entretient la constitution d'objet clivés isolés, qui s'accumulent (pp 104-107); survivre aux angoisses précoces et rejeter les sensations indésirables (« *unwanted perceptions* », p78) devient un mécanisme de défense de base du Moi précoce. La répression (plus généralement un travail du négatif dans notre approche) devient une solution pour une modération au clivage. Ce meurtre psychique des liens (« *the psychic murder of linkages* », p92) va succéder au clivage entretenu, bloquer la pensée, dénier les relations soi-objet, nourrir une défense d'indifférenciation comme autant d'expressions de la pulsion de mort (pp92-99).

La tranche d'âge qui intéresse notre recherche clinique serait à cheval entre la fin d'âge de latence et le début d'adolescence (à partir de 9 ans). Nous distinguons ici un âge de latence d'une latence « réussie ». Puyuelo (2010) a exposé la différence entre une latence et une « *latence empêchée* ». La première permet une baisse de tensions (non une annulation), les pulsions sont transformées grâce à l'efficacité du refoulement et de la sublimation comme exemple. Il y aurait une efficacité du fonctionnement du Moi dans sa fonction d'équilibrer l'économie psychique. Dans le cas de la latence empêchée, ou « *pseudolatence* », il y a inhibition (non transformation) des pulsions. Elles restent non traitées, dans un net défaut de triangulation. L'auteur suppose des carences psychiques précoces, les enfants « *abusés narcissiques* » se développent en défense régressive paradoxale: « *moi tout seul sans jamais l'autre* » (ibid, p16). La construction de la subjectivité et son nécessaire appui sur l'autre sont niés dans un même mouvement.

2.4 EXPRESSIONS CLINIQUES DE LA NEGATIVITE.

Nous précisons ici le passage de l'adjectif négatif à un nom commun, une qualité psychique. La négativité serait constituée des efforts psychiques conduisant au négatif.

Nous avons exposé qu'un certain travail du négatif est nécessaire à la psyché (du négatif « sain »); dont une partie, plus psychopathologique, empêche la mobilité et les liens psychiques par abus de travail du négatif.

Dans une épistémologie psychanalytique, l'intérêt théorique pour le négatif est donc assez « tardif ». L'attention clinique qui y est portée semble l'être d'autant plus. Nous ne savons dire si ce défaut d'attention peut être dû au confort des cliniciens s'attachant à ce qui est visible plutôt qu'à ce qui ne l'est pas, à une capacité à négativer le négatif en eux même et dans leur clinique, ou encore à l'inflation des tableaux cliniques utilisant les défenses négatives moins visibles lors des premières découvertes de la psychanalyse.

Nous évoquerons l'état limite, le défaut d'expression d'affects et la psychosomatique comme paradigmes non exclusifs d'abus du négatif. Si « *La névrose est pour ainsi dire le négatif de la perversion* » (Freud, 1905, p80), il s'agit ici essentiellement d'envisager la névrose hystérique comme compromis⁵. Également pour lui (ibid, pp86-87), la névrose comme négatif de la perversion est une possible explication de troubles pour des sujets adultes confrontés aux « risques » de la sexualité post-pubertaire.... qu'en dire pour les enfants? L'hystérie, puis quelques névroses obsessionnelles ou autres phobies, et enfin la psychose ont longtemps dominé l'attention clinique de la psychanalyse. Il faut croire que certaines personnes avec d'autres tableaux cliniques n'allaient pas consulter, ou encore à une inflation de ces tableaux soumis à notre modernité. Citons ici pêle-mêle quelques tableaux (sans se soucier de respecter une nosographie ou une autre) : les troubles anorexiques ou boulimiques, les « états limites », les dépressions essentielles, les psychosomatoses... La référence au langage et à la psycholinguistique a fait pencher l'attention au négatif sur le discours ; « *la présence de l'inconscient, pour se situer au lieu de l'Autre, est à chercher en tout discours, en son énonciation* » (Lacan, 1964, p834). L'étude du négatif est introduite par l'utilisation dans le langage de la négation, mais le négatif linguistique ne saurait constituer que la partie visible de l'iceberg du travail du négatif. Le problème est alors de traiter (ou nier) les quelques manifestations de l'inconscient qui font retour hors langage (par exemple dans un acte

⁵ Au sens de symptôme et au sens de ne pas être en perversion, nous sommes encore loin du négatif tel que traité aujourd'hui et; quelques lignes plus bas; Freud de préciser que cette acception est plus particulièrement utile pour expliquer l'hystérie masculine.

manqué), et qui sont considérées comme ce qui aurait pu (dû ?) être dans le langage, comme « *ce qu'il y avait là de prêt à parler* » (Ibid, p840). Dans cette épistémologie le négatif n'a pas d'expression clinique, il est du réel, du non symbolisé; comme du reste après symbolisation. S'il fait retour en symptôme c'est alors qu'il entre dans une symbolisation et n'est plus du négatif. Ceci ne correspond pas à notre pensée car le discours n'est pas le seul visé par les défenses en négatif; les émotions, affects, perceptions des objets externes et même du corps propre peuvent être affectés par ce négatif.

Dans une première expérience clinique de psychomotricien, j'ai cru pouvoir confortablement recevoir des sujets laconiques au niveau langagier grâce à la spécificité d'une médiation corporelle qui peut s'accommoder de peu (voire pas) de langage. Ce fut illusoire, certains patients semblent venir sans leur corps, sans leurs sensations, comme dans une capacité à l'hallucination négative du corps propre ou de ses sensations⁶. Paraissant sans langage, mais aussi sans corps, la personne reçue avec ce profil et demandant de l'aide semble défier les limites et l'inventivité du thérapeute qu'elle rencontre. Au bout du compte en tentant de suivre Green (1993, pp61-64), les symptômes du négatif viendraient d'un « *inconscient sans contenu* », qui pousse à produire des symptômes en dehors d'un compromis entre désir et interdit. Cela serait de l'inconscient sans contenu latent, « ça pousse » (du ça qui pousse), mais alors sans intervention non plus du Surmoi (hors d'un rapport avec une question d'interdit transgressé ou à transgresser, ou d'une menace de sanction). La nature de l'inconscient au travail ici semble proche de l'inconscient amental proposé par Dejours (2001). Nous supposons que les processus psychiques qui font l'objet de notre recherche concernent ce qui fit échouer la « subversion libidinale » telle que présentée dans cette dernière référence; les autoérotismes ont échoué dans leur mise en place ou dans leur efficacité. Nous pensons ici être sur la piste d'un « *en-deçà de l'autoérotisme* » (Pirlot, 1997, p74); alors « *qu'il n'y a pas de construction subjective sans autoérotisme (double mouvement de soi vers l'autre en soi)* » (ibid).

⁶ Ce n'est pas la même chose, il faut bien différencier la négativation du corps ou d'une partie, de celle de sensations qui pourraient s'appliquer à un corps qui, lui, est bien présent.

2.4.1 L'état limite

Même dans une approche « structuraliste », la question de l'état limite vient soulever des questions dans le rapport au négatif. Sauf à vouloir attribuer à tout prix une structure identifiable aux psychopathologies limites (c'est alors la structure psychotique qui est plutôt désignée, et le négatif risque d'y être réduit à une forclusion), les « états limites » se définissent alors en négatif, par ce qu'ils ne sont pas: ni névrose, ni psychose, ni perversion. Même s'il discute d'aménagements psychiques versus structure, Bergeret (1974) y voit une structure spécifique, comme astructure bien différenciée (de la névrose ou de la psychose). L'état limite y est envisagé comme blocage de l'Œdipe classique autour d'un traumatisme dans le deuxième stade anal; la question sensorielle risque de nous emmener plus près des débuts de la vie. L'Œdipe bloqué, empêché, « congelé » (ibid, p148), peut-on dire négativé, incline à une dominance des idéaux du Moi sur un Moi idéal minime (d'où la relation anaclitique). Bergeret insiste in fine sur les nécessités d'adaptation du cadre clinique pour ces patients au narcissisme très carencé, sans structure stable, dans « *des états non identifiés* » (Bergeret, 2011).

Ce type de regard sur l'état limite ouvre un débat de vocabulaire pour ne pas s'enfermer dans un débat de structure. Pirard (2003) de conclure que dans cet indécidable, il serait préférable d'adopter le terme de « *cas-limite* ». Ce terme serait plus proche des descriptions de symptômes, s'accordant sur un clivage du Moi, supposant des racines sociologiques modernes à des tableaux psychopathologiques nouveaux. Dans ces repères théoriques, le négatif peut être un « par défaut »; par défaut de symboliser ou par défaut de l'alternative du passage à l'acte, le sujet moderne ne peut que se mettre en état limite, il ne peut ni jouir ni attendre de jouir, se vide de pensées, s'attache à un objet physique dont il dépend en miroir: « *le sujet en état-limite ne cesserait de s'originer au miroir, de répéter l'opération entravée de cette naissance symbolique* » (ibid, p194). Pour Rassial (1999), c'est le terme d'état limite qui s'applique le mieux à la psychopathologie rencontrées, « état » venant confirmer un diagnostic incertain. Chez cet auteur qui accepte de se décaler de la question structurelle de la psyché, l'état limite est en négatif de ce que l'on peut décrire dans une nosologie (psychiatrique comme psychanalytique), sans accepter que cela devienne un fourre-tout.

Le négatif de l'état limite révélerait un impossible entre-deux entre dépression (l'objet

déjà perdu) et l'angoisse (de perdre). Le sujet est alors « anxio-dépressif » (selon nous, il y a là un vocabulaire fourre-tout). Le négatif est alors traité ici comme du réel lacanien, ce qui est non symbolisé mais pourtant là, comme un reste après la mise en symbolisation. Dans le « choix » psychique de symboliser dans la psyché ou bien expulser dans la réalité, la réponse de l'état limite serait de prétendre à ne faire ni l'un ni l'autre. Nous ne sommes pas si loin ici des propositions de Bion (1967) ou Green (1990). L'état limite est alors une interminable adolescence débutée trop tôt pour ne pas finir, le négatif de la latence ne laisse rien symboliser, sauf à parfois exploser en passage à l'acte. L'écart de point de vue apparaît pourtant chez Rassial (1999), il voit le négatif envahissant comme défaut de compromis entre Moi idéal et idéal du Moi. Là où d'autres envisagent la psychopathologie du négatif comme une défense du Moi face à un risque d'anéantissement, Rassial l'envisage comme défense du Surmoi, évitement d'expression d'une faute ou d'une culpabilité, où l'alternative ne pourrait être que perverse (instrumentaliser et accuser l'autre plutôt que soi).

Envisager l'état limite comme défense du Surmoi plutôt que du Moi; même si ce dernier est reconnu « faible », s'origine dans les premières approches tentant d'articuler clinique et théorique, en dehors de toute question structuraliste, même si Kernberg envisage une « *structure narcissique* », donc assez stable plutôt que fluctuante (1975a, p40). Pourtant le négatif n'occupe dans ses travaux qu'une implicite et petite place. Le négatif peut y être envisagé comme identification négative dans des problématiques narcissiques. Dans cette idée, idéal du Moi et Moi idéal ne peuvent s'accorder, les désinvestissements des premiers idéaux du Moi (du négatif sain) appuyés sur le narcissisme primaire (vécus des soins corporels, premières identifications parentales en particulier) devraient se faire au profit d'un peu de Moi idéal, mais sont en fait « perdus », non remplacés par de la sublimation ou du Moi idéal, dans l'hypothèse d'un traumatisme dû à la déception d'une image parentale qui a préalablement servi les premières identifications (Kohut, 1971, pp52-64). La mobilisation d'un « soi grandiose » viendrait à la fois compenser cette déception et nier les limites à la toute-puissance, empêchant efficacement l'angoisse au prix d'autres difficultés. Chez ces deux derniers auteurs, le négatif (non cité comme tel) serait alors défense du Surmoi; dans un évitement d'une culpabilité, honte, punition, besoin de réparation qui conduirait aux « états limites » en vide (négatif) ou en trop plein (addictions, recherches de sensations).

Pour Kernberg (1975b), cela conduit à une déshumanisation (encore du vide) comme résistance à la relation d'objet, dans une clinique marquée par une « psychose de transfert » dans le sens où les conflits pré-génitaux occupent une place majeure au regard des conflits névrotiques. Sur ce dernier aspect, il tente de discriminer trouble limite psychotique à rattacher à la psychose (défaut important et précoce d'autonomie psychique, frontière du Moi peu stable, différenciation soi/non soi troublée, symptômes assez constants peu influencés par des événements de vie...) de l'état limite (défaut d'autonomie moins précoce avec agressivité orale, conflit soi/non soi sans confusion, conflit névrotique internalisé avec symptomatologie variant selon les événements de vie d'un sujet anaclitique). À la croisée de ces sémiologies psychiatrique, psychanalytique et développementale, Kernberg reconnaît que la pratique se montre souvent moins claire que le « tri » ci-dessus, ce qui indique pour lui une clinique s'appuyant sur la réalité extérieure (relations à l'entourage, cadre matériel...)(1975a, pp103-104)⁷.

Circonscrire positivement plutôt qu'en négatif les caractéristiques précisément négatives de « l'état-limite » est donc plus que complexe. Les efforts des auteurs précédents pour tenter de s'éloigner d'une explication structuraliste sont probablement nécessaires à une meilleure compréhension de l'état limite. Green a fait cet effort pour tenter de relier des éléments qui peuvent sembler disparates: symptômes, économie psychique, questions topiques et dynamiques.... Les « états-limite » se révèlent particulièrement à partir de problématiques économiques (en trop ou trop peu dans le cas du négatif), alors que les troubles sont envisagées ici comme des conséquences des défenses du Moi à la fois contre l'angoisse de perte et contre l'angoisse d'envahissement (intrusion) (Green, 1990). Sauf à basculer dans le trop, il n'y a pas de contre investissement visible dans le cas d'une domination du négatif: Les contre-investissements s'annulent entre eux, il n'y a ni objet proche à perdre ni objet lointain à rendre présent (en le symbolisant par exemple), avec paralysie de la pensée et hypochondrie négative du corps (p79). Le sujet est en dépression essentielle. L'objet lui-même subit un traitement négatif: il n'est pas absent; il n'a jamais existé! Ce point

⁷ Dont, pourrions-nous ajouter, le corps sensoriel réel du sujet. Ces écarts sémiologiques ont poussé certains à différencier encore des types différents d'état limite. Dans un vocabulaire anglophone par exemple, « borderline » est parfois séparé en fonctionnements « high » névrotique ou « low » plus psychotique, selon la stabilité des symptômes, l'intensité de l'angoisse catastrophique, la qualité de l'« habitation » du corps propre (Warnecke, 2008).

conduit la psyché à une situation de « *pat* », de « *nullité* » (p77): pas de conflit (il est nié) = pas de symptôme « bruyant ». Plus que nier la tension dans la rencontre, ou l'objet de la rencontre, le sujet à l'extrême se nie lui-même par un « *désengagement subjectal* » (Green, 1993, p 201). Dans cette idée le travail du négatif du Moi consiste en une « *déliation subjectale* » (pp200-206); les défenses coopèrent pour mettre le sujet hors de lui-même, dans une perpétuelle stratégie d'évitement des conflits psychiques. Combien d'enfants « exemplaires » de calme en famille ou en fond de classe ont ainsi une souffrance qui n'alerte personne? Green ne pense pas que le travail du négatif soit uniquement à risque pour le sujet, mais on peut croire dans le cas de l'état-limite à un envahissement du négatif cité plus haut, alors que d'autres qualités du négatif ne sont pas utilisées par la psyché (dont l'abstraction dont « *les conséquences sont à la fois économiques et symboliques* », Green, 1990 p298; ou encore la capacité au jugement d'existence). Aussi, l'état-limite se révèle particulièrement pour lui dans le cadre de l'analyse, comme dans une « *folie privée* » pour des sujets par ailleurs parfaitement adaptés aux contraintes sociales au prix de peu d'authenticité.

Le négatif de l'état-limite peut prendre la caractéristique de « l'hémorragie psychique », terme exposé assez largement et selon quelques variantes chez les « *suiveurs* » de Green. Cette hémorragie peut être un abus de position psychique féminine, positionnement passif, renoncement du Moi à considérer les conflits psychiques (Stern, 2011). Ce Moi « *pleure* » semble apparaître comme conséquence d'un défaut du jugement d'attribution. Ne pouvant juger la qualité bonne ou mauvaise de l'objet, le Moi se replie (position négative) dans une position de ne pas juger, ne pas considérer le conflit (Green, 1990, pp110-116). Cela ressemble à la situation de *pat* psychique évoquée plus haut.

L'état-limite n'a pas l'exclusivité de la psychopathologie négative, et la clinique se fait dans la rencontre de personnes plutôt que de diagnostic ou de nosographie. L'ouvrage que dirige Estellon (2014) expose particulièrement les aspects polymorphes de la pathologie limite, défaut d'intériorité qui impose une projection symptomatique vers l'extérieur, pathologie de la limite(?), concept limite(?), processus limite plutôt que état structurel (?)... Les nosographies sont donc utiles à toute explicitation, recherche ou échange, mais sont un risque réducteur dans la clinique. Pour poursuivre pourtant, les

descriptions de sujets dits en « état-limite » rassemblent de nombreuses composantes du négatif. Avec Pirlot (2009), nous questionnons la part de l'influence sociale dans cet état de vide. Ce « *désert intérieur postmoderne* » pourrait bien être influencé par la conjonction entre délitement des liens sociaux constructifs de la psyché d'une part, et d'autre part augmentation des « pansements » illusoires à combler le vide (écrans, forfaits de téléphone illimités, activités toujours plus loin toujours plus haut....). Cet ouvrage met un accent particulier sur les tentatives de comblement du vide, par des recherches de sensations (sportives ou moins socialisées comme des addictions, des automutilations par exemple), de soi (traversée du désert par exemple...). Delfour (2011) pointe le risque psycho-social de cette illusoire jouissance technologique contre le risque de vide dans un angle de vue qui s'adapte bien à la présente préoccupation en psychopathologie. Pirlot (2009) reprend Green (ibid, pp50-51), pour évoquer les quatre mécanismes de défenses principalement à l'œuvre :

- 1- exclusion somatique (à risque psychosomatique),
- 2- expulsion par acte (recherche de sensations et risque d'automutilation)
- 3- clivage (en particulier corps-psyché avec lourde souffrance narcissique)
- 3- désinvestissement.

Les deux premières défenses semblent un risque de fuite en avant, dans un évitement du vide à tout prix. Les deux dernières pourraient bien être plus primaires et concerner ici notre étude. Clivage et désinvestissement pourraient signer; plutôt qu'une acceptation subjective du vide ouvrant à créativité et sublimation, une résignation au rien, au néant, comme un équilibre des forces psychiques stabilisé par un envahissement du négatif à l'ensemble de la psyché. Le sujet présente alors non pas une psychopathologie du trop (sensations, mouvements, pensée.....) mais du trop peu (vide comme état stable, pensée pauvre ou opératoire, négativation des affects et même des sensations). La pulsion de mort permettrait d'approcher au plus proche le point zéro. Ce désert pourrait-il être parfois non comblé, dans une contagion du vide à tout l'être? Le sujet se vit « *moi sans l'autre et sans affect* ». Dans cette idée Searles (1986) relève quelques caractéristiques négatives du sujet état-limite: déni comme lutte pour l'autonomie dans une séparation-individuation incomplète (pp19-25), processus d'identification à du non vivant d'où découle un négatif des affects (pp44-51 et p106), envahissement du négatif: le sujet

ressent qu'il ne ressent pas d'affects, s'en défend en négativant les sensations corporelles qui font support aux affects (pp196-200), exagération du négatif sain jusqu'à augmentation de l'amnésie infantile au-delà de l'âge habituel autour de 3 ans (pp200-204).

2.4.2 L'exclusion de l'affect

La clinique de patients exprimant peu d'affects questionne la qualité négative ici mise en jeu par la psyché: l'affect est-il négativé comme non vécu, non advenu ou négativé au sens de non lié à d'autres aspects de la vie psychique? Bouvet (1967, pp134-143) s'était peut être engagé sur cette piste, voyant plutôt que du clivage du Moi de l'isolation chez ces sujets, le contenu psychique étant isolé de ce qu'il peut engager au niveau affectif.

Dans son approche ce type de défense peut exister chez des sujets dans des relations d'objets génitalisées, mais surtout pour ceux dans des relations objectales pré-génitales dont le Moi est plus faible (et chez ces derniers d'ailleurs ce point serait encore plus marqué en cas de fixation anale plus stable qu'en cas de fixation orale). Du point de vue de l'affect; l'état-limite serait-il alors le négatif de la névrose obsessionnelle? Pour expliciter, les dangers liés aux affects feraient l'objet de tentatives de contrôle de l'environnement comme des mouvements psychiques chez l'obsessionnel, alors que ces dangers seraient immédiatement niés, isolés ou annulés dans les cas limites. Le «dilemme» psychique devient ici: nier ce qui est pourtant là (état-limite) ou tenter de contrôler l'incontrôlable (obsession). Chaque alternative est de toute façon promesse de souffrance. A.Freud avait peut-être senti aussi ce blocage d'affect dans une souffrance précoce, désignant un travail d'évitement primitif d'un Moi naissant, causant rétraction du Moi, mais désignant surtout des défenses archaïques avant la capacité au refoulement, avant la distinction entre Ça et Moi au sein de l'appareil psychique (Freud, A, 1949, pp40-97).

Il faut dire ici un mot sur la nature de cette souffrance telle que nous l'envisageons. Psyché et réalité externe révélées par les sensations du corps comportent des menaces indicibles, des affects trop puissants pour être « pris en charge » par la psyché. Le négatif vient couper « à la racine » tout autre travail psychique sur ces menaces. Cette souffrance prendrait donc des origines dans les premiers temps de vie du sujet, dans un

risque agonistique très angoissant du type « vais-je survivre ou mourir au présent éprouvé » (« *agonie primitive* » ou « *crainte de l'effondrement* » chez Winnicott, 1969, « *objet ruine sinistre* »-« *magus objet* » chez Grotstein, 1981, « *menace de non-être* » psychique ou « *trou noir* » somatique (bouche) chez Tustin, 1990, « *terreurs sans nom* » chez Bion, 1967, ou « *traumatisme primaire agonistique* » chez Roussillon, 1999). Cette souffrance engage un corps relationnel non encore intégré au niveau psychique ainsi que des affects intenses, peu modulés. Corps encore prépondérant dans la relation, affects intenses, identifications incomplètes (nous sommes dans un contexte pré-génital): la souffrance peut ici être qualifiée: souffrance narcissique.

Freud tente de distinguer trois types libidinaux principaux (érotique, obsessionnel, narcissique), auxquels ajouter les formes mixtes et celles à découvrir. Mais la menace agonistique semble correspondre effectivement au type narcissique, qui « *se caractérise essentiellement par des facteurs négatifs. On n'y trouve pas de tension entre moi et surmoi – sur la base d'un tel type on serait à peine parvenu à ériger un surmoi – on n'y trouve pas non plus de prédominance des besoins érotiques, l'intérêt principal est orienté vers la conservation de soi-même, il est autonome et peu intimidable* » (Freud, 1931, p4). En cas de danger de mort (physique comme psychique), la conservation de soi-même est une priorité minimale évidente! La prétention psychique à l'autosuffisance besoin-satisfaction, procédés d'auto-stimulation (dits auto-calmants), semble relever effectivement d'un évitement de la rencontre avec le monde, la relation d'objet est encore bien loin. Suivant les références ci-dessus nous considérons qu'un surplus de travail du négatif sur les traces mnésiques anciennes devient un risque psychopathologique. Notre hypothèse clinique est celle-ci alors; au regard d'une dynamique psychique très gelée, il est parfois possible que la médiation du corps rende plus « mobile » un travail psychique en lien avec ces traces sensorielles⁸.

Si la précision vient ici dans le paragraphe de l'affect c'est parce que l'affect devrait faire ce ciment entre relation, corps, pensée, identifications, et y échoue jusqu'à créer

⁸ Malgré une faiblesse de théorisation, un courant de l'ostéopathie reconnaît par de larges exemples cliniques la réactivation de traces sensorielles et affectives anciennes à partir d'une intervention sur le corps. Ces réactivations semblent s'initier par un changement corporel chez le patient (respiratoire, détente musculaire...) capté par le thérapeute (Guillaume, 2009). Dans notre théorisation cela pourrait se dire comme une levée du négatif qui libère un des destins de la pulsion: l'affect.

une « *arriération affective* ». Sous ce terme, Green (1983) qualifie l'enjeu de la souffrance narcissique, une souffrance en honte non partageable plutôt qu'en culpabilité partageable ou à lier à un autre contenu psychique. Le narcissisme est partout ici dans les questions qui nous animent, comme un fil rouge tout au long de nos questions. Il ne peut pourtant faire l'objet d'une étude plus attentive, sauf à être lui-même l'objet d'étude central détournant l'objectif initial de la présente recherche. Dans ces « blocages » pré-génitaux, sensations et affect seraient à considérer comme supports pré-symboliques (Roussillon, 1999), comme représentation d'une capacité à représenter (« *représentance* », Green, 1985). En cas de grave défaut narcissique, affectif et symbolique, c'est le corps qui fournit le matériel psychique (Carton, Chabert, Corcos, 2011).

2.4.3 Le négatif psychosomatique

L'approche psychosomatique vient considérer la pathologie du négatif dans son rôle d'équilibre dans l'économie psychique. Le négatif (« trop peu ») viendrait en balance du trop. Peut-on aller jusqu'à considérer l'hypoesthésie (hallucination négative du corps ou des éprouvés) comme le négatif des procédés auto-calmants (comme calme obtenu, comme précédent les procédés auto-calmants, comme alternative dans la régulation économique?)? Pour Smadja (1996) qui s'appuie sur les travaux de Marty, « *l'inconscient n'émet pas d'investissements [] bipulsionnels, érotiques et agressifs, représentés* » (p 1080). Nous pouvons nous demander ici si ces pulsions ne sont pas encore confondues entre elles dans la clinique du négatif, leur représentation nécessite un « tri » à partir des excitations extérieures, nous voulons dire des sensations. L'idée est que la rencontre avec une qualité externe vient aider à qualifier les enjeux pulsionnels. Dans son récit autobiographique Zorn, « *éduqué à mort* », trouve en même temps que l'évolution de son cancer une capacité à éprouver des affects, mais aussi quelques sensations, toutes « évitées » jusque-là (Zorn, 1977); il devient « sensible ». Duparc (1996, 2001) semble ainsi décrire le rôle du négatif dans l'économie psychique: comme un coupe circuit qui bloque tout risque de débordement. Le prix à payer est le suivant : toute temporalité est coupée, aucune dynamique traumatique n'est possible, il n'y a rien de traumatique à réactualiser, à transformer, revivre autrement puisque la psyché s'applique à un traitement unique des tensions du Moi: ne pas les traiter. L'appareil psychique apparaît débordé dès les premiers temps de la vie, la pensée opératoire vient

empêcher toute réactivation des premières traces mnésiques, sensorielles et motrices (la motricité est un apport sensoriel important) qui restent bloquées à un état de « proto-représentations ». Cet auteur postule que ces « *formes motrices* » correspondent à un entretien d'excitation. Mais ces formes persistent au premier rang de la régulation de l'économie psychique car n'ont pas été reprises, transformées par rêves, langage, ou formes de sublimation. L'action motrice généreuse en sensations semble être une lutte continue pour ne pas renoncer à la toute-puissance ; agir sur soi et le monde plutôt que d'être soumis. Il s'agit ici pour le Moi de « tout miser » sur des positions actives, pas de passivité. Puisque le monde « impose » quand même sa présence, l'hallucination négative permet à la psyché de nier les excitations externes de nature à marquer l'empêchement de toute puissance: ne pas voir l'objet plutôt que risquer l'imprévu dans la rencontre avec lui. Formes motrices sans transformation, hallucination négative, pensée opératoire sur fond de défaut de mise en symbolisation sont au risque de faire porter au corps une forte part de l'excitation ; la décompensation psychosomatique est prête. La répression fonctionne à plein pour conserver une espèce d'homéostasie psychique fragile. Ce « traumatisme anti-traumatique » est une question de vie ou de mort pour l'appareil psychique alors que le Moi ne parvient pas à transformer en qualité traumatique temporelle la quantité d'excitation: mieux vaut le rien plutôt que la mort psychique (Delourmel, 2009.a). Ces travaux s'accordent assez bien avec l'idée d'un sujet face aux risques agonistiques déjà cités. Cependant cette solution psychique

« est un mécanisme extrêmement couteux en énergie, nécessitant pour se soutenir et durer des mécanismes répétitifs de fuite, de décharge motrice, d'investissements latéraux, ou même des appoints chimiques, comme on le voit dans la toxicomanie ou la cyclothymie » (Duparc, 2001, p152).

Dans ce même article l'auteur explicite que si le coût en terme d'économie psychique est si haut, c'est parce que la suppression ne peut être totale. Par exemple l'hallucination négative n'est pas suppression simple de ce qui est perçu. Ce qui est perçu coûte à la psyché de lourds efforts pour être considéré comme non advenu, et continu pourtant à peser en attente de symbolisation. Les risques à terme sont, outre la présentation clinique en vide, ceux de Zorn cité plus haut: la psychosomatose. Le risque somatique est au maximum en cas de débordements d'excitations « *en deçà de la pulsion* »

(Debray, Dejours, Fédida, p32). Disons que les excitations sont « libres », à la différence d'une pulsion à but de satisfaction grâce au recours d'un objet. Le négatif agit et le silence n'est pas complet, il risque de conduire à des « *manifestations silencieuses de désorganisations, suivies ou non de désordres somatiques, lorsque se trouvent obturés les chemins qui mènent aux diverses formes de représentations, d'élaborations ou d'expressions* » (Marty, 1976, p90). Ici, pour garder la clinique en ligne de mire, il faut bien reconnaître que les supports à fournir à ces formes de représentations sont eux-mêmes difficile à trouver. S'appuyer sur la réalité sensorielle actuelle est ici notre piste, quitte à y inclure des formes motrices à *transformer*. Faut-il, en quelque sorte, traumatiser pour mettre au travail les tensions dont la qualité traumatique est détournée?

Pourtant l'abord psychosomatique pointe un risque couru également dans l'approche clinique. Il faudra parfois se demander: le risque en vaut-il la chandelle? En termes d'économie psychique, les somatisations ne correspondent pas à des décharges de tensions, compromis qui ressemblerait à un symptôme névrotique. Ici, la libido « tourne en rond », ne se trouve pas d'objet (si la libido prenait le corps comme objet de décharge, nous serions alors sur le paradigme de l'hystérie très engagé dans des enjeux relationnels qui n'apparaissent pas pour les patients que nous avons ici en tête). Plutôt que de décharge, il s'agit ici d'équilibre-déséquilibre, de désorganisation et de « *balancements psychosomatiques* » (ibid, pp100-101). La clinique fait espérer des « *régressions réorganisatrices* » avec une relance du tonus des instincts de vie (ibid, pp120-121). Cependant la clinique ici se fait au risque d'une désorganisation sans réorganisation. Le balancement s'oriente ailleurs, c'est à dire au risque de révéler des processus psychotiques bloqués jusque-là, des somatisations, des relances d'addictions, fuite en avant vers des procédés auto-calmants quantitatifs non transformables en qualitatif, comme autant de « *galériens volontaires* » (Szwec, 1998)... Dans une telle approche psychosomatique, il faut pourtant envisager différentes régulations de l'économie psychiques entre des désorganisations d'une part et des « *somatisations symbolisantes* » d'autre part (Dejours, 1989). Il se pourrait que le symptôme psychosomatique ne soit pas toujours « bête »:

« *Ces somatisations apparaissent comme des étapes de symbolisation sur le chemin qui conduit à la pulsion et à la représentation mentale des conflits. Elles fonctionnent*

pour l'appareil psychique comme précurseurs des représentations mentales ». (ibid p26, c'est nous qui soulignons).

Ces précurseurs de représentations sont envisagés comme symptômes dont un sens peut exister en dehors d'une dynamique œdipienne, ce qui délimite assez bien le concept de somatisation symbolisante de celui de conversion hystérique. Cela peut indiquer une clinique à médiation corporelle, dans une « *technique du pare excitation* » parfois plus indiquée que celle s'appuyant sur le conflit névrotique, car il n'y a parfois rien à comprendre dans l'immédiat alors qu'il faut réguler et protéger face aux risques des modulations de l'économie psychique (ibid, pp33-38). L'implication du négatif se comprend éventuellement ici en supposant un clivage de l'inconscient lui-même.

Si l'on envisage une troisième topique, la compréhension des régulations et dérégulations de l'économie psychosomatique s'envisage d'une nouvelle façon (Dejours, 2001, pp 79-101). L'inconscient y est clivé d'une part avec un inconscient refoulé (décrit dans la première topique freudienne) et une possible dynamique psychique (activité préconsciente, élaborations secondaires, retour de refoulé déjà traité une première fois). D'autre part un inconscient « *amental* » se caractérise par un contact au conscient imposant une présentation en faux self; se conformer au monde réel externe est la priorité. Cet inconscient est réputé non refoulé, non symbolisé, ne communique pas avec le reste de la psyché et bloque la dynamique psychique, sauf au risque psychosomatique ou de passage à l'acte. Concepts de psychopathologie du négatif et d'inconscient amental semblent ici s'accorder. Une médiation thérapeutique utilisant la réalité externe (le corps propre sensoriel, affecté) pourrait alors stimuler la limite entre perception préconsciente (au contact de l'inconscient refoulé) et le conscient pour lever le déni de perception de l'inconscient amental (jamais refoulé, jamais traité). L'hypothèse ici est de chercher à intégrer à l'inconscient refoulé une part d'inconscient amental qui recevrait alors un premier traitement (la levée du déni ou de l'hallucination négative d'une sensation par exemple). Ce n'est que dans un second temps que cet amental « requalifié » en refoulé aurait une chance d'être enfin symbolisé. Pourtant cet auteur nous dit les risques déjà évoqués plus haut; l'excitation de l'inconscient amental ne conduit pas systématiquement à une communication avec le refoulé mais éventuellement à une décompensation psychosomatique ou à une fuite vers le conscient:

passages à l'acte et procédés auto-calmants.

3- LA SENSORIALITÉ

3.1 LES SENSATIONS, PRE-REPRESENTATIONS?!

La sensorialité est à considérer ici dans son rôle de support à la vie psychique, dans ses aspects sains comme pathologiques. Il faut ici envisager les premiers temps de la vie (physique comme psychique). La psyché ne naît pas de rien ni d'un coup, l'interaction avec l'environnement est médiatisée par les sensations; le corps. L'inter-sujetif « alimente » l'intra-psychique dès les origines.

Nous préférons le terme de sensorialité, dans le sens d'un sensoriel originaire, différent des sensations vues sous un angle biologique exclusif mais différent aussi du corporel (on trouve aussi « corporéité » dans la littérature) qui pointe d'emblée l'aspect relationnel et affecté du corps dans les échanges du sujet avec son environnement, il en serait de même du terme de sensoriel. S'il faut deux psychés (au moins) pour la pensée, il faut aussi deux corps (au moins). Chacun affecte le corps de l'autre, qu'il pourra alors investir psychiquement, et « habiter » son propre corps. Nous paraphrasons Winnicott: un corps tout seul, ça n'existe pas! Bien sûr le corps tel qu'il est pensé ici est pris dans les intrications entre physique et psychologique, entre schéma corporel et image du corps, entre affect et représentation, en relation. Le terme sensorialité insiste sur les temps du début de vie où cette dimension du corps est débutante, considérant que les instances psychiques sont elles-mêmes débutantes alors que la maturation physiologique elle-même n'est pas achevée. Certains organes des sens ne peuvent affiner leur fonctionnement qu'avec l'expérience (en particulier la vision mature jusqu'à au moins 15 mois de vie), les myélinisations se poursuivent après la naissance et de nombreuses zones neurologiques ne sont pas encore spécialisées. Notre recherche clinique vise à repérer du sensoriel non encore sensuel, c'est à dire non encore investi par la psyché, par la relation d'objet (symbolisée), par de l'autoérotisme (du sensuel en l'absence de l'objet réel). L'enjeu thérapeutique pourrait se résumer dans notre approche non exclusive à aider le sujet à qualifier sa sensorialité en valeur de relation, prise dans une dynamique psychique avec des enjeux narcissiques; à transformer la « sensorialité » en « sensoriel » (intersubjectif et intra-psychique) puis en « sensuel » (l'investissement psychique de la

sensorialité existe alors même si la « stimulation » sensorielle n'est pas présente; ce qui ajoute aussi une certaine temporalité).

Conservant donc le terme de sensorialité, il est à voir comme support qu'a le bébé pour tenter de se représenter ce qui lui arrive. Bion (1974) de soutenir dans la clinique la nécessaire « capacité négative du thérapeute », sans désir ni mémoire. Il soutient qu'alors devient possible un passage de l'informe insaisissable (de la sensorialité ?) au domaine de connaissance « *à travers le savoir tiré de l'expérience, et formulé en termes qui découlent de l'expérience sensorielle* » (p61). Grotstein (1981) nous semble nommer ces supports sensoriels « *objet d'arrière-plan* » (« background objet », p77). Il expose que les premières expériences du bébé, sensorielles, sont à la fois clivées et associées aux premières identifications du Moi. L'auteur expose (pp 77-83) que le narcissisme primaire se construit sur ces premières identifications, objet d'arrière-plan, comme des équivalents primaires des parents idéalisés. Alors les identifications primaires aux sensations, objet d'arrière-plan seraient au narcissisme primaire ce que les idéaux du Moi seraient au narcissisme secondaire. Ces supports sont des pré-représentations, des premières figures venant marquer la séparation d'avec le monde, contrariant l'illusion de toute puissance.

L'importance de la sensorialité dans la naissance à la vie psychique semble faire consensus dans notre épistémologie, même quand cela est réduit à la réception d'un bain de langage. Son rôle fait moins l'unanimité. Dans un vocabulaire qui varie, ce rôle peut être celui d'un premier élément d'un ensemble que le bébé va activement investir (« à partir de » et « tout autour de », pensons ici les choses en trois dimensions): « *première figurabilité* » (Baranes, 2012, p20), « *pré-formes* » auxquelles le bébé participe activement avec ses faibles moyens moteurs (Haag, 1985 et 1988), « *clivage actif* » comme réponse au clivage passif (Grotstein, 1981, pp77-81), « *polyphonie sensorielle* » comme premier support de représentation (Dechaud-Ferbus, 2011.b, p130), « *signifiants formels* » en recherche d'un contenant psychique (Anzieu, 1985), « *symbolisation primaire en présence de l'objet* » (Golse, 2012). Quand ces signifiants restent sans contenance, sans support pour être représentés, nous voyons leurs manifestations par de fortes angoisses chez les patients les plus en difficulté dans nos hôpitaux de jours: un corps tombe, un objet explose, un bras s'allonge, un liquide disparaît dans un trou, un

support cède, un contenant se vide.... Pourtant chez des patients jugés moins souffrant ou chez quelques « normopathes » dans certaines conditions, n'y a-t-il pas parfois résurgence de ces manifestations? Si nous conservons le paradigme du traumatisme en psychanalyse, il y a ici intérêt à se décaler d'un traumatisme par après coup pour envisager un traumatisme par débordement d'excitations (trop perçues ou négativées), que celles-ci appartiennent à la réalité matérielle comme à la réalité psychique (il pourrait s'agir ici de débordement d'excitations par défaut de réponses de l'environnement, traumatisme en négatif par cumul de non réponses). Ceci n'empêche pas un après-coup par rappel du débordement d'excitations à la différence d'évènements qui prennent un sens plus ou moins traumatique par leur mise en relation.

Le rôle de la sensorialité peut être vu aussi comme début d'une chaîne plus linéaire (deux dimensions) dans une perspective plus développementale; pictogramme dans des processus originaires, desquels suivraient fantasmes puis énoncés (Aulagnier, 1975, pour elle le pictogramme s'initie dans la sensorialité, qui est un saisissement en attente d'être signifié). Peut-on envisager alors des « périodes sensibles » qu'il vaut mieux ne pas rater (Vasseur et Delion, 2011) ? Dans une « variabilité primaire » le bébé teste, trie ce qui est de son objet-corps et ce qui n'en n'est pas, sélectionne pour assurer une base sensorielle, une capacité à s'adapter. Cependant le bébé reste dépendant d'un échange pour trier sensations internes et externes; comment faire pour discriminer une sensation interne originaire (faim, douleur...) d'une sensation initiée par l'environnement (sons, mouvements d'objets)? Cette phase semble exister aussi longtemps que le bébé est limité dans ses actions et déplacements pour tester l'environnement, jusqu'à la fin de la deuxième année (ibid). Une « variabilité secondaire » vient chevaucher la première aussitôt que le contrôle de la motricité affirme ses effets sur l'environnement (disons à partir du second semestre de vie). Cette variabilité secondaire ne nécessite plus de tout explorer pour s'adapter, le sujet est déjà dans des situations de choix, cette phase *« ne se terminera qu'à la fin de l'adolescence; elle aboutit à une motricité flexible et adaptée aux contraintes de la tâche et du contexte »* (ibid, p17). Pourtant, toutes les adaptations et anticipations ne permettent pas de prévenir tous les imprévus, chaque sensation garde quelque chose de nouveau. La sensorialité est ici support pour construire des représentations de soi, du monde, de soi dans le monde. La sensorialité ne peut être isolée de la motricité (sensori-motricité), c'est son action dirigée, son but qui peut

figurer ou non une dynamique psychique en jeu. Le corps est considéré comme support de l'imaginaire dans le travail de Sami Ali (2012): « *le corps propre ne se réduit pas au réel parce qu'il médiatise tout un monde de l'imaginaire, se détachant au fur et à mesure sur un fond de relation* » (p16). Il y a ici un nouveau paradoxe irréductible; le réel du corps implique que le monde est premier (les propriétés physiques des sensations existent et sont indépendantes du corps), alors que la nécessité du négatif, puisque le corps ne peut tout traiter, implique que le corps est premier (il faut d'abord un corps pour éprouver les sensations à « sélectionner »). Cet auteur argumente l'existence d'un refoulement complet réussi (du négatif!?) de premiers évènements sensoriels. Ceci viendrait bloquer l'imaginaire « à la base », et ne pourrait être réactivé que dans la participation du corps propre dans la thérapeutique;

« Cela laisse apparaître une autre possibilité d'envisager la pathologie. Car la question se pose de savoir pourquoi le refoulement doit toujours échouer, et que peut-il arriver dans le cas contraire? Question que Freud soulève tardivement, en 1918, pour répondre aussitôt qu'un refoulement qui se maintient ne sera accompagné d'aucune formation symptomatique de l'ordre de la névrose ou de la psychose, et, à ce titre, il échappera à l'investigation analytique » (ibid, p19).

Nous cherchons ici une investigation médiatisée par le corps réceptacle de sensations, espérant qu'une part du négatif puisse avoir un autre destin que celui de se cacher à perpétuité, surtout si cette part fait souffrir.

Demandons-nous ce qui se passe quand les sensations ne sont pas utilisées (utilisables) comme pré-représentation. Les risques d'agonie psychique ont été déjà soulignés, conséquence d'un vécu de non continuité d'être. Mais le sujet vit quand même, le bébé grandit et aménage son rapport au monde au minimum, dans un envahissement du négatif peu utilisable alors dans ses aspects sains: sublimation, apprentissage.... Combien d'enfants se stabilisent ainsi sur une déficience intellectuelle qui leur permet d'en savoir le moins possible y compris sur les affects engendrés dans la rencontre avec l'imprévu? Cela semble efficace quant à l'équilibre de l'économie psychique. Duparc (1998) envisage ainsi des transmissions générationnelles de pensée opératoire, assurant que rien ne soit su (qui ne soit symbolisable), sinon au risque d'une

décompensation. Il donne l'exemple d'une fratrie de cinq enfants, quatre d'entre eux ignorant un traumatisme familial rassemblaient les caractéristiques de la pensée opératoire. La cinquième, seule à connaître l'évènement, avait déclenché un délire. Dans cette optique, le sensoriel échouant à jouer son rôle de support de pré-représentation, semble conduire à un clivage entre le pensable et le non pensable, dans un franc déséquilibre qui penche du côté non pensable, expulsé par la psyché en délire. Il y aurait comme un refus de rencontrer le monde dans ses premières caractéristiques recrutées par les sensations. Getin et Ferchaud (2011) envisagent un clivage fonctionnel entre corps intellectualisé et corps sensoriel dans les cas d'anorexie pré-pubère. « *Le clivage éprouvés corporels/psychisme pourrait être là pour défendre un sentiment d'identité* » (p28). Mais face à la souffrance identitaire du type « qui suis-je? » (Peut-être sur des questions de narcissisme secondaire), nous envisageons ici une souffrance du type « suis-je? ». Comment ne pas penser là à des risques autistiques? La vignette ci-dessous nous semble étayer ce point de vue dans le cas d'Adrien, jusqu'à troubler la distinction vivant-non vivant:

Vignette clinique ; Adrien.

Adrien, 11 ans, me rencontre au CMP. Il vient sur forte incitation de l'école où il est « transparent » en classe comme dans ses échanges spontanés en récréation, il est en large retard scolaire. Spontanément Adrien ne parvient à aucun lien entre ce qu'il vit dans nos rendez-vous et son quotidien. Il nie tout affect, n'a pas d'idée, utilise les objets présents dans des jeux stéréotypés. Je propose un squiggle ; Adrien ajoute à minima quelques traits ou tente de souvent reproduire mon propre squiggle précédent. Trouvant une balle, il joue au foot jusqu'à transpirer, n'en pensant toujours rien après coup. Il ne se rend compte de la transpiration que si je la lui signale. Que je m'implique ou non dans le jeu n'y change rien. Fait-il le pendule entre vide et procédés auto-calmants? Enfin, il prend l'initiative d'apporter une toupie; il la met en action. Au premier bruit de choc entre la toupie et un pied de chaise Adrien est saisi, s'inquiète. L'interrogeant sur un affect qui semble enfin présent, je comprends qu'il s'inquiète non pas d'abîmer la toupie ou la chaise, mais « *d'avoir fait mal à la chaise* »! Dans les échanges qui suivent, je comprends les larges cicatrices « animistes » d'Adrien, qui craint de faire mal à la chaise, au mur.... Je tente de replacer cela dans une dynamique transférentielle, l'incitant à dire quelque chose à propos de « *me faire mal à moi* ». Adrien coupe l'échange, se

renferme, il est probablement trop violent ici de l'inciter à ce genre de lien. N'y a-t-il pas ici échec des sensations (ici le son du choc) comme support à « trier », jusqu'au maintien d'une part de confusion entre vivant et non vivant, refusant la dimension relationnelle. Ici les sensations laissent le sujet dans un état « d'inquiétante étrangeté », bien trop stable, sans conduire à discriminer le vivant et le non vivant, sans ouvrir sur un apprentissage intellectuel incluant toutes ses incertitudes (Freud, 1919). Le savoir se fait au risque du non savoir, l'envahissement du négatif ici chez Adrien l'aurait entraîné dans un refus de l'un comme de l'autre. Car, plus que de risquer de ne pas savoir se confrontant au savoir, Adrien ne risque rien, n'hésite même pas, reste passif pour au bout du compte, ne rien en savoir...

La rencontre avec le monde via la sensorialité n'est ainsi pas un exemple de sérénité. Aussitôt né, le bébé se voit subir des tensions inexistantes à l'état fœtal et est immédiatement dépendant de l'environnement physiquement et psychiquement. Laplanche (1987) de constater le fait universel de la difficile et concomitante adaptation adultes-enfants. Il expose dans la théorie de la séduction généralisée (ibid, pp124-126) la contrainte subie par le bébé qui doit traduire les « *signifiants énigmatiques* ». Ainsi, l'ouverture au monde est une contrainte sensorielle, le problème pour le bébé est davantage de pouvoir se fermer parfois face aux stimulations plutôt que de s'ouvrir (ibid, pp93-95). Dans les échanges, les différents tris se font aux risques d'erreurs dans les échanges (au sens accordage entre nourrisson et environnement maternel). La sensorialité est sans cesse convoquée alors, elle est le support de ces tris comme risque de « *choc esthétique* » (Meltzer, 1988). Les sensations reçues de l'objet doivent permettre de le définir qualitativement, côté esthétique en particulier (beau-pas beau...).

Dans notre clinique, nous pouvons considérer des enfants « *submergés par l'impact esthétique du monde extérieur* » (ibid, p61). Dans cette idée l'auteur envisage une position dépressive précédant la position schizo-paranoïde (au sens de Klein); où le bébé débute immédiatement une phase dépressive liée à la perte du confort fœtal ainsi qu'au choc esthétique de la rencontre avec le monde sensoriel. La position schizo-paranoïde est envisagée comme secondaire, comme protection face à un surplus sensoriel que le bébé ne peut traiter entièrement (ceci n'empêche pas une nouvelle phase dépressive ensuite). Cela ressemble à une position d'attente, par défaut d'exercer mieux

des capacités négatives saines. Le choc esthétique est à la fois contrainte et support de rencontre avec le monde; il est si fort qu'une partie doit être évitée, niée. Ici, les premiers modes d'identifications ne peuvent qu'être adhésifs, le bébé s'accrochant à un détail, une qualité sensorielle qui se lie aux affects, à la construction psychique naissante. Le bébé puis l'adulte pensent aussi avec leurs corps, dans un bain sensoriel d'excès et de manques où les négatifs structurant et déstructurant se côtoient. Il y a parfois peu entre les deux: « *Le creux et l'absence sont organisateurs, le trou et la perte sont facteurs de dérégulation* » (Pourrinet, 2004, p17). Face aux affects que peut provoquer ce bain sensoriel, le retrait est une solution que Déméter a peut être mis en place développant un « syndrome de Slender »

Vignette clinique ; le syndrome de Slender ; Déméter.

Déméter vient de faire 9 ans et est suivi depuis ses 3 ans en hôpital de jour de pédopsychiatrie pour des souffrances autistiques (dans la mythologie grecque Déméter fut condamné à une sensation de faim perpétuelle qu'aucune nourriture ne pouvait apaiser). Je l'ai rencontré dès son arrivée en soin et l'équipe qui le reçoit fait des hypothèses de nombreuses angoisses archaïques (chuter, se démembrer, exploser...). Je le vois actuellement seul une fois par semaine et il y a 5 mois, nous sommes parvenus à son initiative à construire en papier plusieurs personnages. Il met beaucoup de temps pour terminer un personnage connu: Rayman, gai, stylisé (au milieu de Bob l'éponge et quelques autres personnages « objets vivants »). Rayman est représenté aux écrans pour les enfants de façon à ce que ses membres n'apparaissent pas, sauf les extrémités mains et pieds; bras et jambes manquent. Déméter s'applique à représenter Rayman et les autres personnages avec des visages, mais l'un d'entre eux n'a pas de visage (mais une tête est présente), et c'est le drame car je comprends que ce personnage est le plus important pour Déméter mais c'est le seul dont je n'arrive pas à comprendre le nom (Déméter articule mal, et utilise quelques mots-phrases seulement). Ces personnages sont ensuite utilisés occasionnellement dans les autres rendez-vous, sauf ce dernier que Déméter prend parfois et repose, il semble renoncer là où je n'y comprends rien moi-même. Plusieurs semaines plus tard, il colorie une poupée; col rouge et tout le reste en noir, sauf la tête, mais n'ajoute aucun trait de visage (aucun organe sensoriel ou orifice, que la poupée en tissu n'a pas); il ne dit rien de cela et l'abandonne au milieu des autres personnages. Dans une autre séance enfin, Déméter prend une feuille et y inscrit

« Slender ». Déméter n'explicite pas plus, mais mon ordinateur est allumé et j'en profite pour rapidement jeter un œil sur internet. J'y trouve une représentation de Slender, Déméter exulte, effrayé et attiré à la fois, « *Laurent compris* », « *Laurent raison* »! Slender est en noir avec une cravate rouge (comme la poupée coloriée), sans visage ni organe sensoriel ou orifice, une tête parfaitement nue (pas de cheveux non plus), un corps longiligne avec de longs membres. Slender est strictement « cutané », sans autre modalité sensorielle. C'est un personnage de jeu vidéo destiné aux adultes. Je vais chercher le personnage en papier sans visage créé par Déméter qui redouble de fête me faisant comprendre que oui, cela fait 5 mois qu'il tente de me dire quelque chose de lui avec ce personnage. Slender est un anti Rayman, le négatif de Rayman, de longs membres mais aucune expression émotionnelle n'est possible sans visage, ni capacité sensorielle. J'interroge: voir? « *Yeux pas là* », entendre? « *Oreilles pas là* » et ainsi de suite toutes les fonctions des sens, les organes sont: « *pas là* ». J'insiste, qu'est-ce qui est là alors? « *Slender!* ». Mon hypothèse ici est que Slender est le Déméter parfait, qu'il tente de me représenter. Déméter a beaucoup progressé et accepte les relations, la confrontation au monde. Mais il reste angoissé largement par son environnement sensoriel (beaucoup les bruits, mais aussi les reflets...), comme attiré et repoussé par la peur en même temps par rapport à ce Slender, qui ne peut exprimer aucune émotion. Nous pouvons faire ici l'hypothèse d'une capacité (acceptation?) à entrer en relation avec le monde sous condition impossible que ce monde ne vienne pas empiéter sur Déméter via les sensations. Être Slender comme condition d'acceptation de subjectivité, de vivre ; défi impossible. Dans nos hypothèses encore, certains sujets négativant jusqu'aux sensations ne peuvent-ils pas tendre vers Slender, comme marqué d'une cicatrice d'un autisme évité au prix d'un effort envahissant du côté du travail du négatif? Suivant ce modèle pour le Déméter du mythe, plutôt que d'affronter une sensation de faim dans un risque de sensation destructrice ou perpétuelle, pourrait-il nier la sensation, développant un « syndrome de Slender » et bloquant la dynamique psychique dès la pré-représentation?

3.2 LA SENSORIALITE RELEVE DE PROCESSUS ACTIFS

Considérer la sensorialité comme un processus actif peut se faire avec un parallèle entre neuro-physiologie et psychanalyse. Nous allons passer par la première pour approcher la seconde « via un relais » du côté de la psychologie du développement et de la phénoménologie. Au sein de la neuro-physiologie, certaines fonctions semblent avoir des « traits communs ». Varela (1989) expose la ressemblance des fonctionnements neurologique (qui traite le sensoriel) et immunitaire (pp130-134). Chacun prend en charge un rôle de reconnaissance soi-non soi, puis influence l'ensemble de l'organisme de ses réponses. Les communications sont multiples par contact (neurologie) ou transfert d'information à distance (immunologie). La comparaison des deux systèmes est marquante dans leur capacité nécessaire à négativer, annuler certaines informations. Dans chacun des deux cas, « *l'absence de réponse a une signification opérationnelle pour le système* » (p131). Finalement, la non réponse et l'inhibition sont des réponses... Il en va de même des correspondances sensorielles et motrices: les convergences limbiques des données sensorielles peuvent inhiber ou activer, comme être inhibées ou être activées par les afférences motrices (Vincent, 1996). Faire et sentir interfèrent, et l'auteur pointe cette proximité en particulier pour les comportements sexuels et pour le jeu.

La physiologie indique les processus actifs engagés dès les organes sensoriels. Si le stimulus peut être reçu et codé passivement à une étape (vibration du tympan, impact de lumière sur la rétine, déformation de la peau au contact...), le corps doit aussi engager des processus actifs pour prendre en compte les informations sans lesquelles aucune perception n'advient. Les transferts de signaux synaptiques sont soumis à des seuils. Même si le seuil n'est pas atteint la physiologie s'active à rétablir un équilibre prêt pour une nouvelle stimulation (recapture des neurotransmetteurs dans la fente synaptique, rééquilibrage des ions positifs et négatifs de part et d'autre de la membrane cellulaire....). Ce travail de non transmission d'information nécessite donc une certaine énergie. Si le signal « passe », divers traitements actifs doivent ensuite se faire: transmission vers le cortex avec des relais via divers noyaux, transformation de signal

entre couches de réception primaire et secondaire, tri et comparaison de qualité et quantité du signal via la rétulée puis dans les zones associatives... Une succession d'étapes de traitement montre que la vision par exemple devient palpation par le regard ; au niveau le plus élevé la perception est « *une action simulée* » (Berthoz, 1997, p17). Prenant l'exemple de la vision qui semble valable pour les autres systèmes sensoriels Varela expose que la situation sensorielle « *ressemble plus à un cocktail qu'à une chaîne de transmission* » (1989, p214). Ce cocktail est précisé plus tard (Varela, Thompson et Rosch, 1993): « voir » est bien plus qu'une activité réceptrice. Pour la vision, le noyau géniculé latéral constitue le « premier relais » de traitement de l'information venant de l'œil. Mais à l'analyse de ce noyau, on constate que 80% des informations reçues sont descendantes. Pour traiter la vision, ce noyau reçoit bien plus d'information en provenance du système nerveux que de la rétine. « Sentir » est donc un processus précocement actif et dépendant de l'interne. Si l'on envisage les procédés émergents tenus par la forte interconnectivité neuronale (auto-organisation); il faut bien reconnaître avec ces auteurs (pp 137-146) que l'idée d'un traitement linéaire et séquentiels des sensations est bien fragile.

Nous sommes ici à la frontière, s'il y en a une, entre perception et représentation, entre actif et passif. Nous pouvons aller ici jusqu'à considérer les neurones miroirs. Ces neurones, chargés d'un traitement secondaire des informations, s'activent à la fois lors de la réalisation d'une action ou lorsqu'on est témoin de l'action réalisée par autrui. Vivre soi-même une action ou la voir (ou la penser), comme vivre soi-même un affect ou le voir chez l'autre (ou le penser) impliquent une activation pour partie des mêmes neurones, participant à la reconnaissance des états d'autrui. L'actif et le passif des expériences ont donc une partie de traitement neuronal commune (Rizzolatti et al, 2007). Plus encore avec Rizzolatti et Sinigaglia (2008; pp91-128), cette approche confirme que certains neurones codent du « sensori-moteur » non réductible ni au sensoriel ni au moteur (neurones dits « *canoniques* »), et semblent très sensibles à la modalité sensori-motrice (rythme, association de qualités sensorielles...). D'autres neurones codent de « l'acte » comme ensemble de mouvements avec un but, non réductible ni à un mouvement seul ni à une question passive ou active comme ce fut souligné plus haut (neurones dits « *miroirs* »). Il y a congruence neurologique, dirions-nous dans notre épistémologie mise en lien, associativité. Ce n'est pas tout; si les

neurones moteurs s'activent sans mouvement du sujet qui voit un autre réaliser le mouvement (ibid, pp33-45), il faut bien que l'action soit inhibée, négativée à un moment ou à un autre. Par rapport à la théorie psychanalytique, Rizzolatti et Sinigaglia confirment dans leur propre repérage l'existence de représentations de chose (certains neurones codent des objets, des qualités), représentations de mots (certains neurones codent des mots). Croisant notre recherche, ils tendent aussi à confirmer l'existence de représentations sensori-motrices via les neurones miroirs (pp55-62), qui seraient chargés de cette représentation qu'il s'agisse de sensoriel, de motricité agie ou de motricité passive (vue chez autrui ou réalisée passivement avec son corps). In fine plutôt que de considérer les neurones miroirs comme entité physique, les auteurs en vont à considérer des « *processus miroirs* ». Le terme processus révèle ici la concomitance complexe de plusieurs phénomènes ainsi que la capacité du sujet à relier.

Ainsi, comprendre la motricité d'autrui implique activation de son propre cortex moteur (plutôt pré-moteur), sans activer les chaînes musculaires (il y a bien négativation quelque part). Les neurones miroirs seraient une base aux capacités d'imitation et d'empathie si importantes au développement. Ce point de physiologie montre la participation active du sujet à recevoir le monde, et s'accorde avec les vues développementales et psycho-dynamiques. Dans les échanges, le bébé participe avec ses moyens à retraduire et transformer les sensations en qualités d'échanges impliquant la motricité et d'autres fonctions sensorielles (transmodalité sensorielle, Stern, 1989). Le bébé s'active à mettre en pré-formes motrices ce qu'il reçoit du monde (Haag 1985 et 1988). Sensoriel et moteur, passif et actif se mêlent; confirmant la qualité sensori-motrice de la sensorialité.

La phénoménologie a exposé ce double aspect actif-passif de la sensorialité dans sa fonction de rencontre avec le monde. Le corps ne peut être que subjectif et sentir est un acte, déjà une façon de s'inscrire dans le monde (Henry, 1963). Le corps est à la fois objet à percevoir et support du processus de perception. Merleau-Ponty (1945) ajoute au « *touchant-touché* » du sens tactile le double aspect egocentré-exocentré de toute sensation, même celles paraissant des plus passives. Percevoir l'objet en conscience est à la fois introjection du monde et projection dans celui-ci (ibid, pp274-280). Les sensations sont redondantes, mais éphémères et comportent une dimension de

dépersonnalisation; ainsi qu'elles sont en coopération dans la perception. Merleau-Ponty de donner l'exemple d'une meilleure évaluation de la motricité ou de la perception d'un poids en conservant le visuel plutôt que les yeux fermés (ibid, 242-251).

La circularité entre soi et le monde est permanente et aucun réductionnisme ne semble possible. Il faut bien considérer trois temps de cette circularité: les propriétés du monde agissent sur le sujet, le sujet « construit » son monde à partir de cette imprégnation, pour enfin construire encore une forme de subjectivation (Varela, Thompson, Rosch, 1993, pp34-38). Les auteurs défendent ici un « entre deux », considérer l'antériorité du monde sur l'esprit comme l'inverse semblent pour eux des impasses. Le sujet crée des représentations du monde en même temps qu'il en reçoit les influences. In fine: « *nous n'avons tout simplement aucune idée de ce qu'est le monde extérieur; sinon qu'il est l'objet supposé de nos représentations* » (ibid, p196). Ainsi, ignorant toute vérité sur un extérieur, nous savons qu'il existe parce qu'il nous affecte via les sensations, mais nous nous construisons une idée du monde par le contact que nous en avons et les représentations internes que nous en faisons.

Inclassable car en approche multiple (phénoménologique, neuro-développementale, psychanalytique), Ajuriaguerra a tenté de mettre en correspondance corps fonctionnel, relation, affects... Il met en correspondance également équipement physiologique, développement et fonctionnement (des fonctions). Son travail est d'actualité puisque il a lui-même précocement exposé que l'on pense avec son tout son corps (Ajuriaguerra, 1959); distinguant la fonction et le fonctionnement de ladite fonction. Le négatif n'y est pas développé, seulement sous l'angle de modulations des symptômes exprimés par le corps en « *plus ou moins* » selon les autres aspects de la personne (affect, fantasme...) et selon la relation. Cette modulation en « *plus ou moins* » est active (même si elle peut être inconsciente). Il expose le dilemme permanent pour le bébé de la nécessité de dépasser les freins naturels (masse corporelle, incapacité à parler malgré la nécessité de communiquer...) ainsi que de freiner les mouvements involontaires et élans en surplus (ibid, p433). Il faut ainsi « négativer », ni trop ni trop peu. Également, il argumente que les états toniques et sensoriels du nourrisson indiquent des thérapeutiques à médiation corporelle dans de nombreux cas « difficiles », alors que la vision des analystes s'est détournée des aspects sensoriels (Ajuriaguerra, 1962). Nous nous situons ici sur une

clinique en psychiatrie infantile des années 1960.

L'approche développementale a souligné depuis longtemps l'immédiate implication active du bébé dans la sensorialité. Piaget (1936) observait les adaptations élémentaires sensori-motrices dès les premiers jours de vie. Les réflexes se combinent aux adaptations jusqu'à des procédés plus complexes et tardifs visant à faire durer les « *spectacles intéressants* ». Enfin Bullinger (2004) considère l'implication du bébé dans la régulation des flux sensoriels, il complète l'approche piagetienne qui met en avant assimilation, accommodation et équilibration. Pour lui, dans la rencontre avec un objet sur lequel l'attention est orientée, tous les sens sont mobilisés en même temps pour dégager des invariants de cet objet (même si c'est pour définir la qualité olfactive nulle d'un objet sans odeur par exemple). L'objet se définit sensoriellement par ce qu'il n'est pas autant que par ce qu'il est. Ce concept « *d'instrumentation* » explicite comment l'enfant va comprendre et agir sur le monde (ibid, pp49-54), le terme « objet » dans l'épistémologie développementale peut être conservé dans l'épistémologie psychanalytique. Pour la perception et régulation des flux, Golse (1985) indique en même temps le rôle premier de la bouche dans le développement psychique (au sens prioritaire et temporel; la bouche semble la zone du corps sensible dès 8 semaines de gestation, le bébé goûtant le liquide à 22 semaines...). Surtout, les sensations vont prendre une qualité perceptive en assemblant et dissociant les qualités sensorielles (agréable ou non...) avec les modalités sensorielles (rythme, répétition, synchronie ou succession....). Freud (1924a) avait souligné que la qualité plaisante ou déplaisante d'un stimulus ne tenait pas seulement à la quantité, mais particulièrement aussi à sa qualité rythmique, son mode sensoriel. Il y a pour le bébé nécessité de penser les invariants et changements, les écarts entre modalité et qualité, entre ce qui est attendu et ce qui arrive (Golse, 1985, pp247-253). Si l'on pense les rapports entre schéma corporel et image du corps; les dynamiques de construction des deux sont nécessairement composites, mêlant entre elles les qualités et conjuguant ensemble les rapports de quantité et de qualité; alors que la prise de conscience du corps est empreinte par le contexte tonico-émotionnel (Pireyre, 2011). Alors, une difficulté à réguler les flux sensoriels viendrait compliquer la capacité à saisir ces invariants ou à l'instrumentation, et pourrait compromettre l'engagement de l'enfant dans les échanges, ainsi qu'à la prise de conscience du corps. Le risque autistique est là; une non maîtrise des flux rend moins

prédictible les événements et augmente les bouleversements émotionnels (par défaut d'anticipation) avec souffrance de l'image du corps; un non accès au flux se paye par un repli ou une auto-stimulation (se fournir soi-même en flux), les limitations motrices (défaut dans la part active des flux) impliquent des risques dans la perception spatiale et temporelle du monde et du corps (Bullinger, 2004, pp81-92), avec des confusions de latéralité, autour de l'axe du corps ou des plans d'espace du corps. Trop peu de flux comme leur faible traitement portent le risque d'une construction d'une image corporelle trop inconstante, floue, non permanente. A l'inverse trop de flux amène à une difficulté à contenir, avec un risque de trop plein, de débordement dans lequel plus aucun tri de flux n'est possible (ibid, pp72-75). Les flux sensoriels font l'objet de la part du bébé d'une chaîne de traitement à quatre systèmes (pp151-159). Cette chaîne (nous avons dit plutôt « cocktail ») est à la fois temporelle et interactive avec:

- 1- Alerte, avec mise en jeu du tonus et des postures.
- 2- Orientation, conjuguant la régulation d'attention et des postures asymétriques, ce qui crée des répartitions toniques asymétriques.
- 3- Distance, il s'agit à la fois de percevoir et moduler l'espace et la distance de relation aux objets, en particulier la part active à prendre dans cette relation. Cela se fait grâce à l'intégration d'un axe du corps servant de point de départ.
- 4- Consommation, les flux sont « consommés » au sens utilisés ensemble, régulés. Par exemple la coordination des gestes module l'excitation générée par les flux créés par les objets. Comme objet il faut entendre ici à la fois les objets externes (par exemple la vision excitante d'un objet que l'enfant veut prendre) et le corps propre comme objet (excitation des systèmes sensori-moteurs).

Dans l'hypothèse d'angoisses archaïques précoces, l'intensité de l'émotion viendrait perturber cette chaîne d'adaptation aux flux dès la réaction d'alerte, mettant en danger l'ensemble de la chaîne. Pour Bullinger, gestion des flux, posture et équilibre sensorio-tonique s'influencent jusqu'à une adaptation selon la qualité des échanges avec l'environnement, et surtout préparation active des réponses du bébé. Les flux passent par un entonnoir, des « portails sensoriels » après lesquels divers traitement neurologiques peuvent advenir pour l'institution d'un premier soi archaïque (Lesage, 2012, pp51-65). Mais par exemple un flux peu prévisible, inquiétant, s'associe avec une posture plutôt

symétrique (réflexe archaïque) du corps en défense et prédispose à une qualité d'échange moins heureuse qu'un flux plus prévisible, moins angoissant associé à une posture asymétrique d'orientation attentionnelle à ce qui se passe (Bullinger, 2004, pp72-73). Ce rapide angle de vue développemental a le double avantage d'une complémentarité possible avec l'approche psychanalytique qui dirige ici le travail, ainsi que d'un rappel pour la clinique sur l'attention à porter aux attitudes et variations posturales selon les qualités d'échanges relationnels et les sensations sur lesquelles une attention semble portée par le patient.

3.3 LA SENSORIALITE, LIMITE ET CONTENANCE.

Dans l'approche psychanalytique la part active du bébé dans la relation est particulièrement montrée dans des travaux explicitant ses coopérations à ce qui se passe, tentatives de réagir à l'imprévu, pré-représentations motrices de changements, manques ou discontinuités sensorielles (Bick 1964, Haag M et G, 2002). L'observation précoce (dès la naissance), systématique à grande fréquence aux domiciles d'enfants « sains » permet d'être attentif à ces parts actives et progressives du bébé dans les échanges. Les sensations limitent le dedans et le dehors, cette limite est mobile, incertaine, questionnée. Cette limite est une zone d'échange, non un trait dessiné au couteau. Ici la limite n'est pas la frontière, dans cette métaphore la limite entre la France et l'Espagne n'est pas la ligne frontière, mais la zone des Pyrénées (la limite dans le littéré est ainsi « *chemin de traverse, lisière* »). Certains échanges rendent incertains l'appartenance de ce qui se passe à l'un ou l'autre côté... aux deux? Les sensations pointent également en permanence le sens de perméabilité de la limite, du dedans s'extériorise (pas tout et pas tout le temps!), du dehors s'intériorise (pas tout et pas tout le temps!). Nous voyons ici resurgir les problématiques de filtrage, transformation de quantité en qualité, régulation de flux et d'intensité d'excitation. C'est aussi ce que nous croyons au travail pour Xavier lors de la vignette ci-dessous:

Vignette clinique ; Xavier.

Xavier a 6 ans et je le reçois en co-thérapie en pataugeoire depuis 1 an dans le cadre d'un l'hôpital de jour. Si le tableau autistique est diagnostiqué, Xavier a pourtant

développé un langage, et utilise le « je » depuis quelques mois. Depuis dix minutes, il est corps mouillé sans s'immerger, il a la chair de poule et explore la pièce en comparant objets durs et objets mous présents. S'arrêtant (est-il enfin saisi par une sensation qui lui est propre?), il dit à la suite « *j'ai froid, c'est froid* ». À cet instant, je crois que le « *c'est froid* » porte sur l'éponge qu'il a en main, alors qu'il utilise exceptionnellement la première personne. Je lui demande: « *qu'est-ce qui est froid Xavier?* »; lui : « *la peau* ». L'hypothèse ici est que la peau est sensation « froid » avant d'être objet psychique, partie de corps, sensation à intégrer comme du soi. La différenciation soi/non-soi est pour Xavier incertaine, comme s'il y avait un doute dans le lien sensation-peau-corps-soi. L'hypothèse de telles cicatrices autistiques viendrait évoquer que d'autres patients à psychopathologie négative conservent des cicatrices relevant du type des états autistiques de Xavier. Dans le cas ci-dessus il y a pourtant (enfin ?) une forme d'expérience intégrée, puisque une différence de température existe probablement entre le froid de la peau mouillée et le maintien de température d'autres parties du corps (visage sec, température centrale). Le froid de la peau enfin ressenti participe-t-il à la perception de l'existence d'une limite, située dans l'espace, plutôt qu'à un tri entre soi et non-soi?

La sensorialité marque sans cesse la limite entre dedans et dehors, la capacité de cette limite à être perméable sans détruire le sujet, la reconnaissance enfin entre du soi et du non-soi. Peut-on envisager que la non permanence du non-soi soit reconnue avant la relative permanence du soi? De l'externe se présente et s'absente avant que le sujet ne se représente du soi. L'approche physiologique tente de définir ainsi le vivant, comme une « clôture opérationnelle », dispositif qui permet à la fois de se transformer en confrontation à l'externe sans perdre son identité (Varela, 1989, pp45-46). L'auteur va plus loin: l'organisme reconnaît le non-soi (et même plutôt le non-sens), est prêt à se défendre contre tout. Au bout du compte, le soi n'est pas une construction, nous arrivons à une description du soi en double négation: le soi est ce qui n'est pas reconnu non soi. Tout est non-soi et la réponse immunitaire est prête à tout attaquer alors qu'il faut négativer cette réponse par rapport au soi (ibid, pp114-115)⁹.

⁹ Ce point de vue peut conduire à bien des développements du côté des théorisations psychosomatiques au regard des maladies dites auto-immunes. Au régime « négatif » de la symbolisation correspondrait un surrégime de la reconnaissance du non-soi débordant sur du soi alors attaqué par

La répétition des échanges avec l'environnement va fournir des expériences pour construire ces différenciations nécessaires. Roussillon (1997) met en rapport le concept de relation avec celui de Winnicott de l'utilisation de l'objet: l'écart entre l'objet dont on attend la satisfaction et celui dont on éprouve (au sens mise à l'épreuve) la fiabilité (sans représailles ni mort psychique du côté de l'objet) confère à l'objet sa qualité « d'objet à et *pour* symboliser ». Halluciner l'objet devient une nécessité pour attendre à la fois son retour et la répétition de situations permettant la construction d'une représentation (représentation de chose dans un premier temps, nous sommes dans un âge d'avant l'expression et même d'avant la compréhension verbale explicite du bébé). Il y a immédiatement confrontation, limite et échanges entre un objet externe réel et un objet interne. La qualité de l'objet interne (des objets internes) garde un lien avec la réalité des échanges avec l'extérieur, puis: « *les caractéristiques du rapport à l'objet tendent à se transférer dans le rapport du sujet à l'activité de symbolisation et à la « reconnaissance » symbolique qu'il pourrait en attendre* » (ibid, p400). Le rapport dedans-dehors est immédiat, permanent, alors que la limite entre les deux n'est pas complètement assurée. Dans ces échanges interne-externe qui se doivent d'être pourvus un système suffisamment « pare-excitant » (échanges pare-excités via intervention de l'environnement), la survie (capacité de penser) et l'absence de représailles de la part de l'objet remplissent ce rôle protecteur. In fine, nous parlons ici d'édifier une fonction de contenance de soi dans (par) les échanges avec le non-soi. Cette contenance participe à la construction d'une véritable seconde peau psychique, rappelée via les sensations dans certaines psychopathologies par défaut de contenance primaire (Anzieu, 1985). La sensorialité va également participer à l'édification d'une autre grande fonction du moi-peau, celle de maintenance. Le sujet s'éprouve comme capable de rester édifié, raisonnablement modifié mais sans être menacé face aux stimulations du monde. Il s'agit au bout du compte pour le sujet de s'éprouver en contenance, en solidité interne, en volume. Si Anzieu approche la question à partir de la peau, du sensoriel, il conclut son travail sur le Moi peau par l'utilité d'explorer cela en métaphore et en réalité à partir des autres modalités sensorielles. D'autres ont ensuite exploré les qualités de support de construction de soi des autres modalités sensorielles, enveloppe sonore en particulier (Lecourt, 2011) et; plus généralement, toute la sensorialité à distance dont l'aspect

l'immunité. Cette reconnaissance d'un non-soi avant un soi peut s'harmoniser avec l'approche psychanalytique ci-dessous.

signifiant formel issu du vécu des bébés se révèle dans la clinique des enfants (Ciccone et al, 2012,151-168). Ainsi toute la sensorialité participe à la construction de la qualité (plus ou moins fiable) d'une première « enveloppe moi-corporel »; y compris les sens « à distance »:

« Ces observations permettent de postuler que les cris perçants qui interrompent la production du « bruit de fond continu » racontent quelque-chose, en « langage sensoriel », des sensations d'enveloppe brusquement transpercée par la perception violente et imprévue d'un son, ou, plus globalement, de manifestations intempestives de l'objet-environnement premier, vécues dans la prime enfance ». (Ibid, p164, à propos des conséquences dans l'enfance de la qualité enveloppante de l'ambiance sensorielle du bébé lors du handling et du holding).

La construction d'un Moi-corporel fiable, spatialisé, en trois dimensions qui ouvre du volume pour penser ; se fait à partir d'expériences sensori-motrices en relation que fournissent des vécus de portage (le handling et le holding chez Winnicott, 1958), d'arrière-plan solide intégré psychiquement et sur lequel tenir.... (Haag, 1985, 1988, 1991; Anzieu, 1985; Ciccone et Lhopital, 1991). Dans ces références comme dans le fonctionnement de la boucle alpha (Bion, 1962), le modèle de la naissance de la pensée est celui de la construction d'une enveloppe psychique préalable à la fonction de pensée. Le contenant précède le contenu, avec le paradoxe dans lequel le contenant est rendu nécessaire par l'existence d'un contenu à contenir (ce qui semble inverser la temporalité proposée en début de phrase). Cette enveloppe progressive est dépendante dans les premiers temps de la vie des expériences sensori-motrices, sans lesquelles les pensées primaires resteraient sans contenant, au risque d'angoisses archaïques de se vider, tomber en morceaux, tomber dans un trou sans fin, se déchirer, éclater etc.... Cette fonction de contenance d'un Moi-corporel n'est pas sans rappeler celle de contenance des institutions de soin, un Moi-corporel (ou un lieu de soin) capable de tenir face aux excitations extérieures comme de contenir les poussées pulsionnelles les plus intenses et les fantasmes les plus durs. Cette fonction de contenance semble alors première (au sens temporel comme au sens de nécessaire) à la mise en symbolisation, la construction de lien entre réalité psychique et réalité extérieure, dedans et dehors. Nous soutenons alors le paradoxe suivant quant au moi-peau (Anzieu, 1985): le titre éponyme est et n'est pas

une métaphore. La chair, la sensori-motricité contiennent de façon symbolique et de façon réelle la psyché.

3.4 DES PROCESSUS ACTIFS AUX PROCÉDES AUTO-CALMANTS

La part active que le sujet prend pour percevoir les sensations peut montrer parfois sa difficulté à la mentalisation; ou, en le tournant autrement, sa capacité à expulser les expériences (expériences sensorielles, mais pas seulement elles) hors champ de représentation, les négativant. Il faut à nouveau ici faire rencontrer sensorialité et motricité généreuse en sensations, rassemblées souvent sous le terme de sensori-motricité. Les procédés auto-calmants semblent signer l'échec de l'intériorisation primaire de l'objet. Alors par défaut de représentation interne, ces procédés pourraient être un entretien permanent dans la réalité d'un objet sensoriel prenant le corps comme moyen (non comme objet, niant qu'il y ait un objet à perdre, un possible arrêt), auto-suffisant (Duparc, 1996, Smadja 2001, Boubli et Konicheckis 2002). Dans ces références, les procédés auto-calmants signent l'incapacité du sujet à la fois à symboliser et peut être aussi à négativer les expériences inquiétantes, éventuellement traumatiques. Ces procédés dits auto-calmants apportent du calme; non de la satisfaction. La « *douleur mentale est évacuée à travers l'acte* » (acte violent, addictif, ou acte interne psychosomatique), sans être représentée, mais qui permet tout de même d'éviter la sidération face à l'angoisse (McDougall, 1982b, p94-97). Ce point signe la différence entre une auto-sensorialité, éventuellement auto-calmante, et un auto-érotisme qui viendrait symboliser la satisfaction qui a existé ailleurs et à un autre moment avec autrui

Dans les cas des procédés auto-calmants, l'excitation n'a pu se saisir d'un objet permettant décharge, le paradoxe est que ces procédés sont à la fois calmants et auto-excitants dans une tentative de maîtriser l'excitation à faire soi-même monter et descendre jusqu'à épuisement. Parfois, ces procédés probablement communs à chacun, peuvent tenir une place excessive et empêcher toute mentalisation; la pensée elle-même. La boucle est bouclée sans en connaître le point initial: pas de mentalisation - recours aux procédés auto-calmants - pas de mentalisation.... (Smadja, ibid, 219-241). Pourtant,

peut-être est-il possible parfois que ces procédés, via un travail de symbolisation dans un cadre préparé à cet effet, puissent enfin se convertir en activité de sublimation (ibid, 229). Ces procédés en l'état constituent un outil anti-traumatique, il n'y a pas de temps linéaire, pas de lien. Nous envisageons certaines pathologies adolescentes (scarifications, sensations aux limites...) comme un éventuel accrochage aux sensations plus proche de l'autisme que d'une sensorialité « pubertaire ». Précisément, il s'agirait bien ici de sensations qui ne parviennent pas à s'inscrire dans une dimension génitale. Nous sommes loin ici d'un auto-érotisme qui vient réactiver, signifier une excitation, en rencontre, ayant trouvée une satisfaction ailleurs et à un autre moment avec un objet qui n'est pas là dans l'instant. In fine les procédés auto-calmants réunissent trois caractéristiques (Ibid, p236):

- 1- angoisse dérivée par le Moi vers la sensori-motricité,
- 2- entretien sensoriel apportant calme sans satisfaction de façon à nier toute perte d'objet traumatique,
- 3- procédés à la fois calmants et excitants dans un facteur narcissique plutôt primaire.

Dans ce dernier point peut-être que le sujet se prend lui-même comme objet auto-libidinal, le rendant indépendant d'un objet externe qui ne peut que décevoir. Pour gérer le paradoxe, ou la contradiction entre des procédés sans objet (le corps est un moyen) ou des procédés dans lesquels le sujet prendrait son propre corps comme objet, nous pouvons envisager avec Boubli et Konicehckis (2002, pp71-73) une liaison à un objet non symbolisé mais présent sous forme de traces mnésiques, sensorielles, dont le lien peut se situer sur une qualité minimale comme par exemple le rythme binaire du bercement lié à celui de la course à pied plus tard dans la vie. La différence ici entre un processus actif et un procédé auto-calmants se situe dans le rapport à l'environnement, l'imprévu, la rencontre. Dans le premier cas il y a rencontre, négociation, intégration pour partie seulement (filtre) des excitations sensorielles là où dans le second cas le Moi nie cette rencontre ou prétend à un contrôle complet de l'excitation niant les imprévus qui peuvent advenir, aucune temporalité traumatique n'est alors possible.

3.5 DE LA SENSATION A LA PERCEPTION; DE L'EMOTION A L'AFFECT...CLINIQUE DU BLOCAGE ALEXITHYMIQUE?

Nous allons nous permettre quelques glissements de vocabulaire: pêchant en précision utilisant des concepts d'épistémologies distinctes, nous croyons que les avantages sont la mise en lien et la compréhension de l'ensemble. Prenant comme point de départ la sensorialité, nous allons donc tenter d'envisager ses destins mêlant les vocabulaires courants dans l'une ou l'autre des références théoriques, mais non exclusifs. Nous prenons donc les appuis divers en: psychophysiologie (par exemple « sensation »), phénoménologie (par exemple « perception »), psychologie cognitive (par exemple « émotion » ou « alexithymie »), psychanalyse (par exemple « affect » et « hallucinatoire »)...

Nous avons évoqué déjà le rôle d'interface de rencontre avec le monde que prend la sensorialité, questionnant qui du monde ou du sujet était premier dans cette rencontre. Nous disons ici avec prudence « le monde », pourrions-nous dire objet primaire, puisque la sensorialité et la vie psychique sont envisagées à un moment où il est incertain de qualifier cela de « relation d'objet ». Il faut un système sensoriel pour percevoir, il faut un monde pour imprégner le corps sensoriel. Pour nous tous incapables de percevoir les longueurs d'ondes lumineuses infrarouge ou ultraviolet, notre monde (sensoriel) est-il tout de même constitué de ces ondes? Les ondes lumineuses habituellement perçues par chacun font-elles parties du monde du sujet non voyant, qui est en interaction par ailleurs avec des humains qui captent ces ondes? A l'inverse si le sujet est premier, peut-on renverser la maxime cartésienne en « *je ressens donc je suis* »? Un entre-deux semble exister.

L'étude de la physiologie montre la nécessité d'une fonction hallucinatoire, il y a contrainte à attendre; attendre la satisfaction comme la compréhension des événements sensoriels, puisque alors « *je ne ressens plus ce que je ressentis* ». Tout cela ne se fait que par le passage par de nombreuses répétitions. La première sensation de faim quelques heures après la naissance n'est pas perçue comme « faim » par l'enfant. Si elle

est qualifiée de « sensation de faim » par l'entourage il faudra pourtant répéter ce type d'expérience pour mettre en lien *baisse de glycémie et tension - émotion - comportement de cris et mouvements « d'appel »* (*l'appel lui-même n'est appel qu'adressé et en réponse*) - *vécu émotionnel de l'attente - réponse de l'environnement - satisfaction - détente*. Existe dans ce cycle les repères de la psychanalyse déplaisir-tension, plaisir-détente, via une décharge donnant illusion de satisfaction grâce à l'intervention d'un objet externe. Si l'on convient d'une possible vie psychique in utéro avec une sensorialité déjà dense, il faut pourtant accepter que certaines contraintes à attendre pour réguler (glycémie, température, gêne respiratoire....) sont davantage caractéristiques de la vie extra-utérine¹⁰. Les premières sensations mises en lien vont ainsi pouvoir se représenter (au sens présenter à nouveau); devenir perception.

Les sensations ne sont pas isolées de tout traitement, qui peut donc conduire à une perception. L'émotion s'associe à ce qui est sensoriellement vécu, puis est également traitée selon divers destins. Là encore, notre vocabulaire associe des épistémologies différentes espérant améliorer tout de même notre démarche. L'émotion reste une référence très physiologique (réaction réflexe qui engage le cerveau limbique, traitement au niveau du cortex frontal) et cognitive particulièrement en lien avec la motivation. Les comparaisons semblent raisonnables entre différentes approches théoriques pour des concepts divers tels que: répression de comportements ou idées peu acceptables, répression pré-consciente, adaptation au stress, adapter un comportement socialement attendu plutôt que authentique (stratégies de coping). L'émotion est un des référentiels du sujet dans ses adaptations, la part consciente qui n'est plus réflexe est alors sentiment. Ces références dans des champs théoriques distincts approchent pourtant notre problématique et peuvent se compléter, ce qui motive la méthodologie choisie (Paget, Consoli, Carton, 2010; Carton, 2006, Weinberger et al 1979, Weinberger et Davidson, 1994). Les liens entre répression, pensée opératoire, affect, motivent l'utilité du concept d'alexithymie dans une approche psychanalytique qui pointe les liens avec la pensée opératoire (Pirlot et Corcos, 2012) et les personnalités « as if » « organisées » (Kets de Vries, 1989); confirmant l'utilité clinique du concept.

¹⁰ Pourtant si l'on accepte l'idée d'une vie psychique précoce intra-utérine et des échanges précoces avec du non-soi, le modèle psychanalytique de la recherche d'un objet pour la satisfaction pourrait être à revoir.

L'hallucination négative et l'alexithymie sont proches dans l'hypothèse d'un important travail psychique négatif, visant à éviter conflit et angoisse plutôt qu'à le traiter en symbolisation ou symptôme de compromis. Il s'agit de nier un objet externe et/ou un affect interne, niant dans ce même processus la tension qui devrait exister entre les deux. Dans un « *clivage radical corps-psyché* » (McDougall, 1982a, p84: « *a radical split has been achieved between psyche and soma* »), l'affect est comme libre, ne peut s'appuyer ni sur la psyché (pensée opératoire) ni sur le sensoriel (coupé de la vie psychique), et se retrouve sans voie de représentation. L'alexithymie devient l'une des expressions de la vie opératoire. L'affect; révélant trop l'angoisse d'un évènement initial traumatique, est comme forclos, expulsé hors la psyché. Tout se passe comme si du soi était reconnu comme non soi (le parallèle avec la psychosomatique ou les maladies auto-immunes semble ici valable) (McDougall, 1982b, p101 et pp131-151). Appliqué aux affects, ce processus induit un état alexithymique chez le sujet avec un gros risque d'identification projective (au minimum projection simple): l'affect expulsé peut être retrouvé chez l'autre. L'affect est davantage un concept psychanalytique qui peut être destin d'une expressivité pulsionnelle ou encore effet de rencontre entre réalité psychique et réalité externe. Suivant Green (1973) dans son développement de l'affect, il nous faut envisager que, opposé au représentant-représentation de la pulsion, l'affect est l'autre pôle de représentation de la pulsion; mais qui n'est que peu ou pas « psychisé ».

Dans le cas des états non névrotiques qu'il développe, il nous faut envisager que ces deux destins de représentations pulsionnelles soient encore confondus, et niés ensemble dans un travail du négatif. Le sujet se montre insensible en corps (sensation-émotion) et en psyché (affect) plutôt que de risquer une vie psychique potentiellement destructrice, traumatique. Envisagé comme tel, l'affect est alors un possible signifiant dont le lien au signifié est encore énigmatique, et c'est le défaut d'affect qui vient montrer un symptôme d'arrêt psychique. Mais ce symptôme serait pris en dehors d'un rapport entre un signifiant et un signifié, comme un empêchement de lien. L'affect prend ici une place carrefour dans notre démarche, et put aussi bien intégrer le chapitre sur le négatif. Nous suivons encore Pirlot et Cupa (2012) qui rendent hommage à Green:

« *L'affect peut se définir en différenciant une décharge orientée vers l'intérieur du*

corps avec des « émois » qui sont des perceptions de mouvements internes et des sensations de plaisir-déplaisir conférant à l'affect sa spécificité. Il est clivé selon un versant corporel et un versant psychique qui lui-même est clivé en une activité d'auto-observation du changement corporel, résultat d'une activité spéculaire sur le corps et un aspect qualitatif pur: plaisir-déplaisir. L'affect apparaît alors comme une expérience corporelle et psychique, dans laquelle la première est la condition de la seconde. L'expérience corporelle se produit à l'occasion d'une décharge interne révélant le sentiment d'existence du corps qui sort de son silence ». (pp16-17).

Nous entendons encore dans cette citation la place de paradigme que prend l'affect, comme carrefour, lien et transformation entre psychique et corporel, plaisir et déplaisir, quantité et qualité. Cette place, disons centrale de l'affect fut montrée par Green (1973):

« Le complexe représentation-affect développe chacun de ses termes dans les directions opposées: la représentation se déploie dans les sens divergents du fantasme au langage, l'affect s'étale de ses formes les plus brutes à ses côtés les plus nuancés. Ces divers destins dépendent du travail sur l'affect, effectué par la maîtrise du moi » (p100).

C'est encore ici du Moi ou de ses failles dont dépend la régulation de l'équilibre psychique, qui engage les affects. En termes de place centrale de l'affect, la dynamique psychique est à la fois centripète et centrifuge par rapport à l'affect. Dans la clinique donc, solliciter le sensoriel se fera « au risque » de l'affect (de le percevoir plutôt que de le négativer). Ici donc, un lien peut se faire entre émotion (quelle que soit la théorisation) à partir d'un vécu sensoriel qui engage rencontre avec le monde (la rencontre avec l'objet n'est plus niée); et affect dans une épistémologie psychanalytique. Il nous faut encore envisager le défaut d'expression de l'émotion puisque, de la réalité ou non de la présence d'une émotion chez quiconque; nous n'en savons quelque-chose que pour nous-même.

Pour ce qui est du défaut d'expressivité de l'émotion, il y a à peu près consensus (Pirlot et Corcos, 2012; Loas, 2010; Corcos et Speranza, 2003, Pedinielli, 1992, Sifneos, 1973) pour décrire l'alexithymie sous quatre caractéristiques:

- 1- Difficulté à identifier et distinguer ses états émotionnels
- 2- Difficulté à verbaliser ses états émotionnels
- 3- Vie fantasmatique réduite
- 4- Pensée opératoire

Nous rejoignons les références ci-dessus pour considérer l'intérêt clinique transnosographique du concept d'alexithymie. Dans ces mêmes références il y a quelques efforts pour distinguer d'une part une alexithymie primaire comme un déficit primaire, précoce, pour laquelle quelques soupçons biologiques sont une étiologie évoquée. D'autre part une alexithymie secondaire caractériserait, de façon à peine moins précoce, une réaction de défense face aux traumatismes (événements vécus comme tels) des premiers temps de la vie. Les auteurs déjà cités s'accordent pour dire que le débat de l'étiologie et de la qualification primaire ou secondaire de l'alexithymie existe depuis la création du concept. Ceux qui doutent de cette possible double qualité primaire ou secondaire se montrent bien prudents. L'alexithymie est alors « requalifiée » en « *processus adaptatif* » (Jouanne, 2006) ou prend un rôle de symptôme plus secondaire à confronter à d'autres symptômes. Une alexithymie « isolée » et reconnue aurait un intérêt préventif et de dépistage d'autres difficultés (Lahaye et al., 2010). Cette prudence est probablement dictée par l'aspect transnosographique du concept.

Mais surtout, cette prudence nous semble particulièrement indiquée par la clinique ainsi que par la période de vie dès laquelle le « blocage alexithymique » peut se constituer (les premières semaines et au maximum les deux premières années de vie); période mobile et intense en termes d'émotions dont l'étude est plus difficile que pour d'autres âges. Dans nos hypothèses cette même prudence doit être conservée, nous envisageons en même temps un phénomène alexithymique puissant et très précoce, assez stable (plus dans les termes d'alexithymie primaire); mais comme mécanisme de défense face à des vécus agonistiques, traumatiques, auxquels les sujets s'adaptent en usant sans modération du travail du négatif (dans des termes d'alexithymie secondaire alors). Nous ne saurions ici trancher un débat qui devrait également intégrer alors des formes mixtes des deux alexithymies.

Enfin un autre élément de prudence est apporté par les données chiffrées et en

particulier la forte prévalence de l'alexithymie. Selon les sources, la prévalence présentée est à la fois forte et très variable (Loas, 2010; Corcos et Speranza, 2003, Pedinielli, 1992). Prenant les deux extrêmes, il faut envisager une prévalence de l'alexithymie entre 4 et 23% en population générale adulte. L'écart est majeur et les études en population infantile sont rares. Également, ces auteurs indiquent des études contradictoires dont certaines marqueraient des différences de prévalence selon des critères d'âge ou de sexe, d'autres non. Le seul consensus statistique porte sur une augmentation de l'alexithymie dans les populations pathologiques caractérisées par un fort usage du négatif. Les chiffres dépassent parfois largement 50% pour les troubles alimentaires, les addictions à l'alcool, et approchent cette prévalence pour les autres troubles addictifs. Dans le cadre de notre population infantile pré-juvénile, le rôle de prévention-dépistage du repérage de l'alexithymie semble un argument valable. Dans tous les cas le problème de compréhension de l'alexithymie oscille entre faiblesse des processus imaginaires et d'affects internes et faiblesse de l'expression émotionnelle plus exocentrée, éventuellement adressée en relation.

3.6 HALLUCINATOIRE ET SENSORIEL; LA METAPHORE DU FACTEUR INDECIS...

Nous avons indiqué que le sensoriel vient sans cesse marquer une limite et la perméabilité de cette limite. L'hallucinoire viendrait marquer que cette limite peut, précisément, être traversée dans un sens ou dans l'autre. L'hallucinoire pathologique (disons ici les hallucinations ou le délire) ou l'hallucinoire sain (rêves, quelques formes de sublimation, projections de traces mnésiques dans quelques symptômes régressifs...) viendraient signer un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur, du psychique au corporel (sensoriel), répétant probablement un mouvement ancien, de même sens ou de sens inverse.

Le cas de l'hallucination négative est plus difficile à traiter. Au premier abord il semble qu'une perception externe est empêchée, comme interdisant le passage de l'extérieur sensoriel vers l'intérieur psychique. Pourtant si ce mouvement est bloqué c'est aussi parce que la perception externe risque d'entrer en collision (en collusion trop

risquée de conséquences en affect) avec une représentation interne. L'hallucination négative viendrait-elle pour empêcher cette rencontre interne-externe alors que la représentation interne est trop proche du conscient, c'est à dire dans le cas d'un refoulement qui aurait perdu en efficacité? Le risque de toucher un contenu réprimé (préconscient) peut s'envisager également. Dans cette vision, hallucinatoire et sensoriel semblent proches, et se confondent si l'on envisage les pathologies des limites dans lesquelles la dynamique psychique est ralentie.

Ceci nous renvoie encore à l'article de Freud sur la négation (1925). Nous envisageons que parfois la psyché serait dans un indécidable du jugement d'existence sur cette confusion sensoriel-hallucinatoire. La psyché ne peut « décider » si ce qui est vécu et perçu est en elle ou dans la réalité externe. Cette question du jugement à propos de contenus psychiques peut-elle s'étendre au sensoriel? La question serait alors, la qualité sensorielle ressentie est-elle imprimée depuis l'extérieur ou émise par moi-même; centripète ou centrifuge? D'une problématique psychanalytique souvent centrée sur l'intrapsychique, nous voilà de nouveau renvoyés à l'intersubjectif. Le problème des transactions et influences réciproques entre interne et externe se répète ici. Cet indécidable sur le jugement d'existence crée un indécidable sur le jugement d'attribution. En effet si le principe de plaisir règne au fond de la psyché qui doit juger de l'aspect bon ou mauvais des perceptions (nous y incluons ici sensoriel et hallucinatoire), « il y a comme un doute » à juger bon ou mauvais une représentation dont la psyché ignore la place au regard de la limite (dedans ou dehors, réalité interne ou réalité externe, mouvement égocentré ou exocentré...). Pour utiliser une métaphore de la place du négatif dans ce moment; il y a bien un message mais des doutes à la fois sur l'émetteur et le destinataire; que doit décider le facteur chargé d'un tel courrier qui n'a en adresse ni d'expéditeur ni de destinataire? Dans le cas d'un travail du négatif zélé, ce courrier sans cesse porté par le facteur ne jouera pas son rôle de lien, mais restera tout de même dans une existence isolée, encombrant le facteur et gênant le reste de la distribution des courriers.

Nous devons envisager pour la clinique qui nous préoccupe un sous régime de l'hallucinatoire (positif) avec un surrégime de hallucination négative; comprenant à la fois les objets externes et internes (hallucination négative de la pensée et des mots).

Cette panne de l'hallucinoire est si marquée que les patients auxquels nous pensons non seulement n'évoquent pas de rêves, mais sont surpris que l'on suggère qu'ils puissent en avoir; comme empêchant là tous les risques ambivalents de la symbolisation: « *en tournant le dos au règne du déni, voici donc que le rêve ouvre la porte de l'ambiguïté* » (Racamier, 1992, p248). Ainsi, voulant furtivement s'intéresser à quelque chose, on y « jette un coup d'œil », disant l'ambiguïté entre ce que l'on projette d'emblée sur l'objet et ce qui va venir de lui. D'ailleurs ce point s'accorde avec les premières théorisations en optique, puisque la vision fut considérée par quelques mathématiciens antiques comme projection (de lumière) sur les objets à partir de l'œil. L'indépendance psychique vis à vis de l'objet réel comme l'immédiateté des sensations ne sont qu'un leurre, « *la grande difficulté est de pouvoir distinguer dynamique perceptive et conscience, dans la mesure où elles semblent fonctionner, pourrait-on dire, dans une sorte de corps à corps* » (Schmid-Kitsikis, 2005, p387).

Qu'en serait-il, en clinique, d'un transfert (mouvement de dedans vers dehors) alors qu'il y a un doute permanent sur la qualité interne ou externe des objets perçus (mettant ensemble ici sensorialité et représentations psychiques). Cet aspect vient questionner les liens entre notre problématique et la psychopathologie de l'autisme. Par exemple Donna Williams explicite dans son auto-témoignage des effets d'hallucination négative fréquents des objets externes (y compris le corps), qui nient les échanges à travers la limite soi/non-soi et la trouble par la même occasion tout en apportant un soulagement (Williams, 1999). Dans un autre auto-témoignage, Temple Grandin explicite la nécessité de marquer fermement cette limite au niveau corporel (en se serrant fort de façon inspirée de ce qui rassure les bovins à l'abattoir, dans une « machine à serrer » qu'elle invente elle-même) comme préalable de baisse d'angoisse avant tout échange relationnel (Grandin, 1997). Si nous suivons Anzieu (1985), le corps n'est-il pas alors le premier écran de projection de l'hallucinoire avant même l'instauration consciente d'une relation avec un autre être vivant? Pour exemple, la sensation de faim dans la répétition ne peut-elle pas devenir premier support de réalisation hallucinoire dans l'attente que cette tension (faim) va (doit) être satisfaite (soulagée). La sensation « faim » serait psychiquement et sensoriellement investie par de l'hallucinoire avant les conditions de sa satisfaction (début de conscience d'une relation d'objet). Mais nous pouvons aller ici jusqu'à remettre en question le paradigme d'une indifférenciation primitive avec l'objet

primaire, suivant Navarro, Pellet et Lang dans leur questionnaire originel sur l'objet primaire (2008). Si l'indifférenciation primaire est illusion, cette illusion peut-elle être immédiatement partielle? L'hallucinatoire pourrait être la recherche à l'extérieur de qualités perceptives manquantes à l'objet déjà introjecté. Il ne s'agit plus de projection de traces mnésiques alors, mais recherche à l'extérieur de ce qui manque déjà à soi, recherche de compensation de « non traces ». Sur l'exemple de la sensation « faim » du bébé, ce ne serait pas sa satisfaction mais la sensation de « non-faim » de la vie fœtale qui serait recherchée. Comme cette recherche n'aboutit qu'à une satisfaction partielle, elle se poursuit et ne peut s'arrêter puisque incomplète. A l'inverse, l'hallucination négative porterait sur le risque de réactiver à partir de l'extérieur des parties angoissantes de l'objet introjecté, parties négativées jusqu'alors, manquantes. Ces auteurs rappellent l'angle de vue de Roussillon (1997) sur le double aspect réflexif (miroir sensoriel) de l'objet primaire, objet *à* et *pour* symboliser. Mais si « *l'objet primaire se révèle embusqué dans tout objet investi* » (Navarro, Pellet et Lang, 2008, p220), il y a d'emblée un deuil primaire à faire également, une partie de l'objet primaire semble immédiatement détachée, perdue par le sujet. Cette incomplétude et ce « doute » quand à l'intériorité/extériorité de l'objet seront à symboliser, mais irréparables.

Green a exposé les traversées qui existent à travers la limite dans les deux sens dans son travail sur la double limite (Green, 1990, 293-316), comme évoquant que la limite est finalement toujours incertaine, et que la pensée devient une contrainte pour penser cette incertitude. Il y a un impératif à penser la limite (ses qualités...) et les rapports entre le dedans et le dehors. Cette pensée signe une deuxième limite, qui départage le dedans entre des contenus psychiques conscients ou préconscients et des contenus inconscients. Il évoque que le travail avec un patient est « *d'amener le transfert au niveau de ce qui est représentable* » (p297). Dans notre compréhension, le débat entre l'intrapsychique et l'intersubjectif devient ici nul, le dedans et le dehors sont en intrications et interactions permanentes. Pour certains patients, il faudra envisager le représentable là où il est, peut-être dans un détail sensoriel, avec un transfert sur le cadre matériel externe avant d'être éventuellement adressé. Mais encore, il nous faut envisager les blocages de ces mouvements, la négation de limite pourrait permettre de nier l'un des deux côtés sans destruction totale (pensée vide comme négation d'un dedans psychique, hallucination négative comme négation de rencontre avec un objet externe), niant le

conflit mais prétendant à un quasi arrêt de la dynamique psychique. Exister quand même mais sans interaction, il s'agirait encore ici de l'œuvre de la pulsion de mort, avec une limite qui existerait, mais serait imperméable. Ainsi, il y a lieu de valoriser à la fois le concept de d'hallucinatoire comme un moyen de réguler la confusion entre réalité matérielle et réalité psychique (illusion de contrôle), tout en reconnaissant son rôle à l'hallucination négative qui vise, à partir de la réalité matérielle, à négativer non pas l'objet matériel externe mais ce qu'il active dans la réalité psychique (Reid, 2005).

La démarche clinique que nous voulons affiner à la suite de notre démarche de recherche, est celle de créer une dynamique, un « saisissement », un repère dans ce flou qui serait soit celui de la limite même (ai-je ou quelles sont les qualités des limites soi-non soi?); soit celui de saisir de quel côté de la limite se situe un objet perçu (sensoriel comme psychique; ce qui est perçu est-il émis de dedans ou de dehors, perçu dans un mouvement centripète ou centrifuge?). Ce flou des limites semble majeur pour nombre de patients non-névrotiques qui apportent peu de matériel clinique (verbal en particulier). Un travail à partir du sensoriel pourrait-il faire ce point de repère? Il s'agirait de marquer comme point de départ externe et qualifié (ou à qualifier de agréable, désagréable, dedans, dehors...) du sensoriel qui pourrait ensuite être replacé dans une dynamique psychique, historique (l'histoire du patient) et en relation d'objet (avec le thérapeute ou avec l'objet du transfert).

3.7 SENSOREIL OU HALLUCINATOIRE? FINALEMENT IRREPRESENTABLE?

3.7.1 L'irreprésentable, les Botella

César et Sara Botella (1992) explicitent que l'objet, qu'il soit interne ou externe, ne peut être connu en totalité. L'incomplétude du sujet va de pair avec l'incomplétude de l'objet, alors la sensorialité semble être le trait le plus commun aux objets internes et externes: rencontre du réel via les sensations, réactivations en rêves de traces mnésiques *sensorielles*. Ces auteurs développent une vue du trauma infantile hors d'une dynamique d'après-coup névrotique: « *une conception du trauma infantile en tant que non-*

représentation_en dehors de toute notion d'après-coup et justement caractérisé par son incapacité à produire un tel effet » (ibid, p28). Si nous suivons les idées de ces auteurs, nous entendons que l'hallucinatoire est investi avant les représentations d'objets (représentations de choses, puis de mots...). Parce que la satisfaction par l'hallucinatoire est incomplète, il faut bien investir des objets réels « candidats » à une meilleure satisfaction. Mais le problème préliminaire à cela n'est pas de représenter un investissement d'objet perdu, modifié, attendu, mais « l'impossibilité de l'enfant de se représenter non investi par l'objet de désir; dans l'irreprésentable de sa propre absence dans le regard de celui-ci » (C, et S Botella, 1995, p359).

Nous conservons pour un temps ce terme « d'irreprésentable » même si l'on ne peut s'assurer de distinguer l'irreprésentable des pré-représentations archaïques. La psychopathologie du négatif ici ne correspond pas à la difficulté de faire exister ou non l'objet en soi, mais celle de ne pas se sentir exister dans l'objet. Le croisement du négatif et du sensoriel est, ici, dans la difficulté de percevoir-représenter un investissement qui n'a pas eu lieu. Dans le paradoxe d'une vie sensorielle qui répète sans cesse les « doutes » entre présentation et re-présentation (présenter à nouveau), dedans et dehors, le Moi doit donc éviter le pire: l'angoisse de non existence (qui n'est pas l'angoisse de mort)... Le Moi qui est « *système ouvert, autant vers le ça qu'en se constituant en moi-surmoi; autant vers l'objet dans la perception des organes des sens qu'en le représentant dans la totalité de ses investissements* » (ibid, p356), peut établir un système de défense en négatif visant à nier ces doutes; jusqu'à mettre en confusion représentation, perception, motricité (ils ne peuvent plus être confrontés et liés puisque confondus) et empêchant un développement sexué de la psyché; le travail du négatif en pulsion de mort vient bloquer la dynamique psychique (C, et S Botella, 1985). Les sensations nient et reconnaissent en même temps la distinction entre dedans et dehors, la sensation est éphémère, aussitôt sentie aussitôt disparue, il faut la répétition pour qu'un travail de mémoire (traumatique?) puisse s'accomplir, faisant proposer aux Botella le paradoxe d'un objet « *seulement dedans_aussi dehors* », postulant que l'indistinction primitive soi/non-soi est incomplète, un objet primaire non-soi (le corps sensoriel?) existerait immédiatement et avant d'être investi par la psyché (C, et S Botella, 2001, pp117-127).

La force de la pensée de ces auteurs est de renverser l'incomplétude du sujet à se détacher complètement de l'objet; il faut envisager ici que la fusion primaire à l'objet, elle-même, n'est pas totale et mise en cause immédiatement par la sensorialité, active tôt à l'étape embryonnaire. Ne peut-on pas supposer alors quelques processus psychiques indécidables, ou plutôt où coexistent dans un même processus du sensoriel et de l'hallucinoire? Ce point nous semble exposé à travers une clinique infantile par Rodriguez (2012). L'auteur y expose des symptômes nommées « *attaques hystériques* ». Pourtant l'aspect adressé à un autre de ces symptômes est plus que douteux et l'auteur suppose plutôt que de l'hystérie un retour archaïque de la sensorialité qui vient figurer des traumatismes primaires. C'est en ce sens que la distinction sensorialité/hallucinoire est difficile; comment discriminer ici la figuration de traces sensorielles anciennes (sensorialité « intériorisée ») de tentatives du sujet pour faire exister quelque chose qui manque (hallucinoire) attendu « dehors »?

Férenczi cherchait à résoudre le paradoxe de certains symptômes hystériques (jugés comme tels) qui semblaient hors dynamique sexuée; argumentant « *une désérotisation* » (Férenczi, 1932, p48). Il s'est engagé dans une clinique considérant le corps qui fit débat, proposant une « technique active », dans laquelle il reconnut des échecs (ibid). Mais là où il envisage « *désérotisation* » chez des sujets hystériques, n'était-il pas confronté parfois à des sujets états limites exposant des symptômes dans des enjeux psychiques jamais érotisés? Dans notre clinique de sujets envahis par le négatif, nous envisageons des sujets qui présentent des souffrances liées à des représentants pulsionnels irreprésentables (en tout cas irreprésentés), jamais mis en tensions sexuées. La difficulté se situe dans la présentation non exclusive de ses symptômes, les mêmes patients mêlent à cette psychopathologie d'autres tensions qui paraissent, elles, bien sexuées et parfois même œdipiennes. Mais suivant notre idée, même les sujets paraissant sur des fonctionnements des plus névrotiques conservent une part de souffrance en négatif, en irreprésentable, en doute au regard de la limite; du non érotisé coexiste avec de l'érotisé; Férenczi avait-il raison et tort à la fois? Kaës propose une lecture « première topique » de ces fonctionnements psychiques bloqués, mettant ces confusions psychiques sur le compte de dysfonctionnements précoces empêchant le préconscient de jouer son rôle autour de souffrances très narcissiques; nous ne saurions dire mieux que lui:

« La mise en faillite du préconscient est l'effet d'un double collage des éléments majeurs de l'appareil psychique: du moi à l'objet traumatique et à l'enveloppe pare-excitatrice, de l'Inconscient à la motilité et aux voies de décharge directe. Ces collages ont un effet de confusion entre instances et systèmes psychiques, confusion qui entretient la charge traumatique et sa répétition, à la mesure de l'écrasement du préconscient et de l'immobilisation pathologique des processus transitionnels. La confusion topique ne sépare pas le dire du faire, l'action de la représentation. Les mêmes effets opèrent dans les liens intersubjectifs: ils entretiennent la confusion de sujets entre eux, au total la démétaphorisation de l'espace intersubjectif. La stase du traumatisme auto-entretenu maintient le sujet, mais aussi les ensembles intersubjectifs avec lesquels il partage cette expérience en excitation ou en dépression permanente, parce que les formations intermédiaires sont défailantes, et d'abord les zones de contact et de passage: ces zones de dissociation et d'effondrement sont homologues dans l'espace intrapsychique et dans l'espace intersubjectif. Dans ces conditions, le défaut de signifiants verbaux est la crise majeure de l'activité de pensée ». Kaës, 2012, pp168-169.

3.7.2 Edson pré-représente-t-il?

Dans la clinique, si nous proposons un cadre qui croit séparés des représentants psychiques qui ne le sont pas, nous croyons risquer une surdité psychique réciproque entre thérapeute et patient. Nous pensons qu'il y a lieu alors, dans ces situations psychopathologiques aux limites, de tenter la médiation du corps réel, via la sensorialité. Il s'agit de venir au plus près des confusions citées plus haut espérant aider à « déconfusion », visant à mettre en doute la confusion, insérant une ébauche de dynamique dans un équilibre psychique bien trop bloqué. Nous croyons que dans ces cas une médiation exclusivement langag re, comme exclusivement en technique corporelle, permettrait au patient de continuer à empêcher la mise en jeu de « formations intermédiaires », comme dans une complicité d'isolation et de déni.

Vignette cinique ; Edson.

Mettre en perspective de « l'irreprésentable » versus du « pré-représenté » nous semble se faire ici au mieux avec l'aide de Edson:

Je reçois depuis 18 mois en CMP Edson, qui a 11 ans au moment de la vignette ci-

dessous. Edson est reçu pour une inhibition assez complète (comportement, langage, activité de pensée) avec une déficience intellectuelle légère mais assez marquée pour nécessiter un aménagement scolaire. Dans sa souffrance, son inhibition cède parfois en violence paroxystique en cours de récréation. Mes rendez-vous avec lui sont peu dynamiques, il est laconique et alterne des jeux de ballon en frappant le plus fort possible, avec des échanges verbaux m'explicitant qu'il veut contraindre les autres à jouer au foot, faire comme il veut, sinon il frappe. J'ai accepté plusieurs fois de jouer au foot avec lui dans la pièce pour gagner un peu en qualité relationnelle en venant « sur son terrain ». L'ébauche de rencontre s'est construite à partir du moment où le thérapeute s'est risqué avec sa propre sensori-motricité dans le jeu de foot, plusieurs rendez-vous. Depuis, Edson répète « *mon père m'a quitté* » (départ du père du foyer quand il avait 5 ans, dans un contexte de fortes violences sur la mère dont il était témoin), il le tuera quand il sera plus fort. Edson n'associe à peu près sur rien, même en cas de relance incitant à développer à partir d'une répétition, ou suggérant un affect chez lui alors qu'il paraît très alexithymique. Edson se dit le plus fort en tout, les autres sont nuls, et prétend un épanouissement dans un jeu de guerre interdit aux moins de 18 ans. Il est fort au foot, gardien comme attaquant, mais ne veut choisir un poste (renoncer à l'autre), n'arrêtera jamais sa spécialité sportive. Autour de la violence, il nie ou dénie que la violence subie lui fasse quelque-chose, en sensation comme en émotion. A l'inverse il justifie sans difficulté sa propre violence, la normalise. Une maigre dynamique psychique apparaît autour de l'idée d'un chien du domicile. La mort du chien l'a mis en larme et, sur large incitation de ma part suggérant un affect, Edson se demande s'il n'aurait pas été un peu triste quand même lors de cet épisode. À la fin d'une de nos séances, il réalise un dessin, le troisième seulement depuis que nous nous voyons. Ce dessin représente des « zombis » comme dans son jeu vidéo préféré, qui se font détruire par un « super soldat » suréquipé en armes. J'annonce la fin du rendez-vous, coupant cette force, alors que le dessin n'est pas terminé, explicitant que je le conserve et qu'il peut à son choix le reprendre ou non au prochain rendez-vous. Il me regarde en silence semblant ne pas comprendre et très attentif à la fois. Je précise:

LB: « *Ce dessin qui n'est pas terminé, la prochaine fois tu peux le compléter ou non, tu es libre* »; ce disant Edson bouge sur sa chaise comme s'il était mal installé.

Edson: « *A l'école les sièges sont moins confortables qu'ici, c'est plus dur* »

LB: « *Ici, les règles sont plus souples, comme les fauteuils* »

Edson: « *Oui, à l'école je tiens pas bien en place sur la chaise, je me tourne, ça fâche la maitresse* ».

Lors de cette séquence, Edson s'est tourné de côté, de façon différente de son habitude, de sorte que je suis moins spontanément dans son champ visuel (évite-t-il de me voir ou d'être vu?). La dernière réplique de Edson est le premier indice depuis que je le connais qui vient suggérer qu'il pourrait être pour quelque-chose dans la fâcherie d'un autre (maîtresse fâchée parce qu'il tient mal en place). Tout n'est peut-être pas faute de l'autre et tout alors n'est peut-être pas violence si l'on peut entrer dans des enjeux de relation interpersonnelle. Enfin, visuel détourné, avec idée d'un comportement projeté sur un autre (maîtresse mais par transfert sur moi, mais se détournant), et lui faisant quelque-chose, s'associe à un développement à partir de la fin de séance annoncée (vécu violent?) et de la sensation tactile des appuis sur la chaise. La chaise confortable vécue dans la séance conduit à un développement surprenant à partir de la chaise peu confortable de l'école, dont la sensation est éteinte. N'y a-t-il pas ici collusion entre du sensoriel et de l'hallucinoire, alors qu'il devient difficile de dire comment les deux aspects s'entremêlent? Quelle proto-représentation sensori-motrice archaïque d'être tenu (plus ou moins bien) psychiquement ou sur une chaise se réactive ici? À cet instant nous évoquons à la fois des règles plus souples qu'ailleurs (école) dans un cadre qui tient (fin de rendez-vous, dessin gardé quoique restant dans la pièce et ne pouvant être terminé). A-t-on ici une trace sensorielle ancienne réactivée dans la relation?

Nous allons clore en laissant ouvert le débat sur le statut à attribuer à ces traces sensorielles imprimant la psyché de façon prépondérante dans les premiers temps de la vie, de façon non exclusive de cette période pourtant, et qui continuent d'influencer l'économie psychique. Le débat qui gagnerait à ne pas être lui-même exclusif pourrait se situer entre: d'une part de l'irreprésentable (Botella C et S, 1985, 1992, 1995, 2001) qui ne serait pas forcément lié à un état psychotique (Di Rocco, 2009); face auquel survivre ou à représenter (représenter en fait l'absence de représentation), comme du négatif pulsion de mort coupé de tout lien, et d'autre part du « proto- », « pré- », « pseudo- » représenté, comme du négatif plus sain, ré-activable et à relier à d'autres représentations (Golse, 2012; Boubli, 2002, 2009). La compréhension psychopathologique diffère alors. Dans le cas de « l'irreprésentable » certaines de ces traces ne peuvent être symbolisées,

mais peuvent être mises sous silence isolé (travail du négatif). Également le sujet peut investir un substitut, par exemple l'excitation elle-même (procédés auto-calmants?) à défaut d'objet dans la réalité et de représentation d'objet. Dans le cas de « proto-représentation », ces traces peuvent être considérées comme une part du processus psychique de symbolisation, bloquée ou déroutée ailleurs, l'ambition thérapeutique serait d'aider à un rééquilibrage ; un « aiguillage ». L'opposition quasi clivée entre vie pulsionnelle et sensori-motricité (excitation) devient un frein théorique face à aux cliniques de l'archaïque (Schmid-Kitsikis, 2005).

Pour relier l'ensemble, nous croyons rejoindre la position de Saïet (2009) qui rappelle que la constitution de l'objet interne vient suite à l'échec de l'hallucinoire à apporter une satisfaction réelle. L'auteur n'exclut pas que l'hallucinoire concerne l'objet apportant satisfaction. Mais elle développe un point de vue qui nous semble d'autant plus juste que l'on se situe dans les premiers temps de vie du sujet, quand la distinction soi-objet est encore floue. Son point de vue est que plus que l'objet, le bébé hallucine la satisfaction, comme sensation d'apaisement déjà vécue de tensions déjà vécues. La satisfaction n'étant jamais complète, la sensorialité est à la fois expression d'attente, tensions (physique et psychiques), hallucinoire, illusion de satisfaction. A ces temps archaïques de vie nous paraphrasons une expression commune: « *peu importe l'objet pourvu qu'on ait l'illusion sensorielle de satisfaction* ». Laplanche avait soutenu déjà cette idée proposant le terme « *d'hallucination primitive* » (1987, p78), comme hallucination des signes (sensoriels) de satisfaction plutôt que de l'objet apportant satisfaction.

4- CADRE ET TECHNIQUE; UNE CLINIQUE DE LA NÉGATIVITÉ

4.1 LA QUESTION DU CADRE, NECESSITE DE RECHERCHES DE VARIATIONS

La présente recherche est clinique, et doit nous amener à une réflexion pour adapter au mieux cadre et technique thérapeutiques à proposer à ces enfants, pré-adolescents très envahis par une psychopathologie du négatif. Aussi, s'inspirer exclusivement du cadre et de la technique psychanalytiques dans un face à face dans lequel le clinicien est disponible à écouter, retranscrire, relancer, reformuler, interpréter... (etc) risque de rapidement se confronter à la spécificité du vide présenté par ces sujets. Roussillon d'évoquer dans ces situations: « *Mon hypothèse globale était alors que les états de souffrances narcissiques introduits dans la situation psychanalytique tendaient à produire des paradoxes dans lesquels technique et dispositif psychanalytiques risquaient de rester pris* » (2012.a, p37). Il argumente plus avant; la théorie psychanalytique est alors support de la cure standard comme « cas particulier ». Il y a à la fois nécessité de repérer une « forme générale » à la clinique, tout en adaptant chaque cadre au patient comme au clinicien, cherchant la meilleure manière d'écouter et d'intervenir (Roussillon, 2012.b, pp3-14). Il expose dans cette référence que dans les « situations-limites », il faudra instituer un cadre qui ne permet pas seulement d'accueillir des représentations (refoulées), mais d'en créer. Nous croyons qu'il n'y a pas de réelle opposition entre d'une part un cadre analytique référé à une théorisation analytique dans lesquels les agirs sont proscrits, et d'autre part adaptation théorico-clinique pour des sujets dont l'expressivité verbale symbolique est plus qu'affaiblie par la psychopathologie. Alors non pas l'agir, mais « *l'acte fait donc parfois partie du processus analytique et à fortiori du mouvement contre-transférentiel du clinicien, le corps l'est assurément aussi dans chacun de ces deux processus* » (Dumet, 2011, p172).

Tout en conservant donc l'épistémologie psychanalytique, un cadre général souple et singulier est donc recherché, s'appuyant en particulier sur la réalité sensorielle, le présent immédiat qui ne pourrait se relier à une dynamique temporelle et une symbolisation que dans un second temps. Nous avons soutenu déjà l'illusoire immédiateté des sensations. La critique que l'on peut formuler ici est celle d'une

survalorisation de l'objet externe, de la réalité immédiate au dépend de la réalité psychique. Pourtant pour ces situations cliniques, souvent dites « limites », nous sommes dans l'hypothèse d'un objet interne très peu ou mal introjecté au point que nous n'en trouvons que peu d'expression dans un cadre classique verbal. Quant à la réalité psychique qui dépend aussi de cette introjection, elle est dans nos hypothèses la cible particulière du travail du négatif, et donc encore moins accessible. Le travail du négatif s'attache en particulier à ne rien laisser dévoiler de l'objet interne. Devrait-on exiger du clinicien dans un cadre classique de face à face plus de patience, de capacité à supporter le vide, restant disponible et y survivant alors avec le minimum d'interventions dans la réalité extérieure? Même si cela était indiqué pour le patient, ce point de vue n'est à notre sens tenable côté thérapeute que si l'on peut garantir un tel cadre; ce qui nous semble loin d'être le cas pour la plupart des psychothérapies proposées en institution. « *C'est intéressant mais il n'est pas prêt* ». Entend-on parfois en institution de la part de psychopathologues à qui on demande s'ils pensent pouvoir recevoir un patient dans une large présentation clinique en négatif. À quoi n'est-il pas prêt? Nous croyons que souvent le patient n'est pas prêt à rentrer dans le cadre du clinicien. Il y a ici un problème qui implique jusqu'à l'éthique. Si le clinicien est convaincu de ne pouvoir intervenir bien sûr il se doit de proposer de réorienter l'aide vers quelqu'un d'autre. Le problème est qu'au jeu de la patate chaude, ces patients se voient proposer des thérapeutiques par défaut, avec un clinicien de dernier recours pour qui le « *il n'est pas prêt* » est plus difficile à tenir. D'autres fois encore la thérapie débute mais le clinicien « n'y survit pas », il interrompt le traitement après quelques semaines (ou c'est le patient qui s'en charge). La psychopathologie du négatif déstabilise le clinicien, perturbe la rencontre souvent « ennuyeuse », contredit les repères théoriques et perturbe la dynamique du cadre institué. Du terme de cadre, il faut entendre ici références théoriques, formations, place institutionnelle, cadre matériel réel et orientations techniques du clinicien. Suivant Bleger (1967), le cadre est la partie stable, « non-processus » chargé d'établir des conditions propices à l'apparition d'un processus de symbolisation.

Nous voulons plaider ici pour un non renoncement à proposer de l'aide à ces patients. Ce non renoncement implique une créativité, une inventivité qui passe par la remise en cause des cadres et techniques habituels à chacun. Dans cette dynamique, les

hypothèses théoriques de défaillances archaïques précoces du Moi face aux angoisses tout aussi précoces nous amènent à une attention particulière sur les sensations ; le corps. Par défaut d'accès mais peut-être d'existence d'un objet interne vraiment constitué, il faudra bien « faire avec » le matériel clinique apporté à partir de ce que l'on a : le contact à la réalité externe. Il ne s'agit pas ici de nier un travail sur l'objet interne, mais de le faire exister tout en reconnaissant sa dépendance encore grande à l'objet externe¹¹. Aussi, n'importe quel événement de la réalité semble éventuellement capable d'activer des enjeux psychiques mis jusque-là sous silence. Outre l'aménagement d'un cadre qui cherche à s'adapter au contexte psychopathologique, un éclairage s'impose sur ce que cela entraîne dans la dynamique transféro-contre transférentielle. Il faut à la fois envisager quelques particularités relationnelles ou de dynamiques psychiques guidées par l'envahissement du travail du négatif chez les sujets concernés, et tenter de repérer d'autres spécificités qui pourraient être induites, favorisées par le cadre lui-même.

4.2 SPECIFICITES DE TRANSFERTS; ET DU CONTRE TRANSFERT.

4.2.1 Du transfert latéral au transfert sur le cadre.

L'existence de transferts dits latéraux s'est révélée à partir de contextes de thérapie groupale, puis de thérapeutiques proposées à des sujets en difficulté quant à leur capacité à symboliser et à transférer vers le thérapeute. Ici, la « difficulté » peut être celle du patient comme celle du thérapeute dans ses tentatives de repérage des dynamiques en œuvre dans sa clinique. Pour ce qui est des groupes ; ces transferts latéraux, vers les autres patients ou vers des éléments extérieurs au groupe semblent se réaliser pour partie grâce (à cause) de la dilution de tout ou partie des défenses individuelles du Moi, remises à la charge d'un « Moi groupal », de défenses communes sous l'égide d'un leader (Freud, 1921). Ceci permet au groupe de se défendre et agir

¹¹ Même en dehors de la psychopathologie qui nous occupe ici, l'objet interne n'est à notre idée jamais complètement détaché de l'objet externe; et le sujet reste incomplet jusqu'au bout tout en cherchant la complétude. Nos collègues qui travaillent en soins palliatifs évoquent aussi cela, le sujet même mourant a jusqu'au bout quelque chose à terminer avec l'externe.

selon une « hypothèse de base »; fantasmes et points de tension qui semblent spécifiques au groupe si bien que l'on ignore ce que chacun y a individuellement apporté (Bion, 1961). Ces aspects sont à la fois une mise en danger des défenses psychiques individuelles éprouvées par la mise en groupe, et une réassurance grâce aux défenses groupales dont le sujet ne porte pas seul la charge ; il bénéficie alors d'une enveloppe groupale qui peut éventuellement le protéger. Dans le groupe, chacun peut participer à une « fonction phorique » (Kaës, 1994, de porte-parole en particulier, mais aussi porte symptôme etc...). Un membre peut dire alors éventuellement en son nom, mais aussi au nom d'un autre, au nom du groupe et mettant en symbolisation alors d'éventuelles tensions psychiques dirigées vers d'autres objets que les thérapeutes présents, mais appartenant à la réalité. Pour la suite de notre propos, nous n'aurons pas en tête particulièrement ce transfert latéral groupal, qui peut pourtant avoir quelques correspondances avec celui que nous allons tenter de prendre en compte en individuel.

La possibilité d'un transfert latéral fut développée également à partir de certains contextes individuels, et plutôt à partir de situations thérapeutiques dans lesquelles la psychopathologie et/ou le cadre furent précisément bousculés dans leurs repères, du moins dans les repères des thérapeutes confrontés à la situation. Nous parlons ici d'un transfert qui diffère de celui avancé par les découvreurs de la psychanalyse, il s'agit d'un transfert dans les situations « limites » ou aux « extrêmes » (Roussillon, 2007a). Dans cette référence, la sensorialité est support d'échanges, de réflexivité où « éprouver » devient un premier message psychique en relation ; un pré-transfert. Dans cet « extrême », la survie psychique du patient est en question, en danger, celle du thérapeute aussi dans sa capacité à penser malgré tout quelque chose de dynamique dans la difficile rencontre. Dans l'épistémologie psychanalytique; le cadre classique *« proscriit d'intervenir « dans le réel », là où se produit, se met en acte l'éventuel transfert latéral; mais il faudra se demander si l'enjeu le plus crucial de la latéralisation ne se situe pas à la limite de pertinence dudit principe »* (Coblence et Donnet, 2009, pp645-646). Ces auteurs de poursuivre sur les interférences variables entre les investissements internes et externes, centripètes et centrifuges, particulièrement sur les cas limites. Pourrions-nous dire interférence entre transfert « central » et transfert « latéral » ? Cette approche ne peut que rappeler à chacun l'incertitude que nous avons soulignée, pour la distinction entre le sensoriel et l'hallucinatoire. Pour les patients

limites cités par ces auteurs, le transfert latéral pourrait révéler en négatif le transfert. Le transfert latéral viendrait indiquer ce qui ne peut pas être un transfert, serait un transfert du négatif qui dissimulerait en premier lieu des enjeux narcissiques, défenses pré-refoulement, qui pourraient se révéler en transfert sur le cadre (Duparc, 1988). Ici « *entrent en action tous les mécanismes du négatif antérieurs au refoulement: rejet, déni, clivage, hallucination négative, contre-investissement latéral et addiction* » (pp887-888).

Il se pourrait que la qualité latérale du transfert vienne marquer ce qui ne peut se réactualiser en relation, en transfert « central », puisque jamais marqué par des enjeux relationnels, ou trop marqué par l'intensité affective en jeu. À nouveau ce point vient résonner avec notre développement sur les traces sensorielles restées sans lien, dans de l'irreprésentable, qui ne pourraient alors se révéler, se répéter qu'en transfert latéral dans un premier temps. Il faut envisager ici que si la sensorialité de cette sorte, prenant appui sur un transfert latéral, venait enfin dans une dynamique relationnelle; il se pourrait qu'il ne s'agisse pas ici d'une ré-actualisation de relation d'objet mais d'une première actualisation. Delourmel (2009.b) indique la possibilité d'un transfert latéral par sur-investissement d'une modalité sensorielle. À notre avis, cela pointe l'intérêt pour le clinicien qui inclut un travail sur le sensoriel d'une attention à toute la sensorialité pour ne pas risquer de participer à ce sur-investissement d'une seule modalité sensorielle. La dominance du visuel et du tactile ne peut exclure le reste de la sensori-motricité. Cet auteur expose que le transfert latéral semble ainsi révéler la levée brusque d'un clivage (nous avons questionné peut-être la levée d'un déni), libérant « *des traces traumatiques anciennes* » au risque de somatisations comme dans les évolutions des situations autistiques (ibid, p726).

Si un transfert latéral est parfois à l'œuvre, cela ne semble pas être exclusif d'un transfert au thérapeute; nous nous demandons si le « *complexe de la mère morte* » (Green, 1983) ne pourrait pas être une forme de transfert du négatif pourtant adressé directement en transfert central vers le thérapeute. Transfert vers là où l'objet n'a pas répondu, fut absent. C'est un paradoxe encore, mais le thérapeute reçoit finalement du patient ce qui ne peut lui être directement adressé et, par contre transfert, il y a lieu de questionner ce que la situation ne fait pas vivre au thérapeute. Ici charge à chaque

thérapeute de réguler son contre transfert là où la situation l'affecte et ne l'affecte pas. Pour poursuivre sur le transfert latéral, nous avons questionné une éventuelle interférence avec un transfert central au thérapeute. Il faut supposer également pour quelques patients l'investissement d'un transfert latéral comme défense, évitement d'un transfert central. Sur ce point l'idée d'un transfert latéral comme transfert du négatif est discutable, puisque il viendrait signer l'existence d'une relation (à éviter), donc la possible existence d'un transfert central, même s'il est lui-même à éviter. Le transfert latéral serait ici un mécanisme de défense.

Par contre, conservant notre approche d'une « négativité en surrégime », il nous faut envisager un transfert latéral effectivement comme transfert du négatif par impossibilité de tout autre transfert. Il s'agit ici non pas d'un blocage permanent et complet, mais possible. Le sujet par moment et selon la tension psychique en jeu serait peu capable d'un transfert au thérapeute, ce qui n'interdit pas ce dernier transfert à d'autres moments propices. Dans notre approche du négatif, le transfert latéral n'exprimerait pas un défaut de transfert central, mais un défaut de transfert tout court. Un transfert latéral viendrait s'ébaucher dans un contexte de sécurité psychique, en thérapie par exemple, comme là où le sujet peut accepter la mise en danger que constitue sa rencontre avec le monde. Les autres modalités de confrontation avec le monde produiraient alors des défenses automatisées ou en négatif, dans une dynamique psychique largement gelée. Nous avons déjà exposé cela dans notre compréhension du négatif. Le transfert latéral serait dans cette vue: *là où une dynamique psychique peut être un peu à l'œuvre*, alors un point de départ pour tenter une aide pour ces patients.

Transfert latéral, transfert sur le cadre ; ces deux concepts nouent une franche proximité. Nous ne trancherons pas ici pour dire s'ils sont à considérer comme synonymes ou distincts mais le développement de notre pensée exige de tenter une distinction. Nous voulons questionner si un transfert sur le cadre constitue un des types de transfert du négatif ou s'il peut être un transfert primaire ? Transfert sur le cadre signifie ici transfert sur les éléments matériels de la rencontre, cadre horaire, matériel (médium proposé comme mobilier), paiement s'il y en a un.... Un transfert dit primaire serait le premier transfert (sensoriel ?) dont un sujet naissant à la vie psychique serait capable, et dont il garderait quelques traces toute la vie. Ce transfert primaire peut se

voir comme tentatives du sujet pour activement se confronter au non-soi, jouant en « un peu pareil » mais « un peu pas pareil » son rôle dans la quête de la meilleure « tranquillité » possible (« tranquillité » n'est pas satisfaction, nous pensons à la sensorialité de la vie fœtale qui serait peut-être à envisager sur un autre modèle que celui de la satisfaction).

Le problème est que ce transfert primaire intervient alors que la distinction entre soi et non-soi est encore floue. Nombre d'enfants auxquels nous pensons semblent conserver dans cette idée quelques cicatrices animistes mises en jeu dans les cadres thérapeutiques. Ils craignent non pas d'abîmer un objet ou de me faire mal, mais de faire mal à un objet! Ici, le transfert sur le cadre se caractérise par un transfert sur du non vivant, ce qui pourrait lui attribuer une qualité de *primaire* puisque inspiré de temps de la vie où vivant et non vivant, soi et non soi étaient encore indistincts. Considérer un transfert sur le cadre devient alors levier premier pour figurer des souffrances de l'irreprésentable, et contraint le clinicien à réfléchir ses propres interventions sur le cadre matériel, en séance ou entre les séances (Duparc, 2009). Dans cette référence le transfert sur le cadre est finalement moins « primaire » mais envisagé comme compromis entre transfert latéral (négatif) et transfert central (dit « massif » dans le texte). Aussi, le transfert sur le cadre constitue le point de jonction entre l'irreprésentable et une possible dynamique psychique à partir de formes sensori-motrices « *proto-représentations primaires* » (ibid, p738). Pour les sujets limites cités dans cet article, transfert sur le cadre et travail sur le cadre viennent proposer une fonction de pare-excitations largement défailante chez le sujet souffrant. Paradoxalement, l'envahissement du travail du négatif devient un éventuel support pour que la pulsion puisse s'exprimer ; à condition de permettre une sécurité psychique à ces patients considérant le cadre et le transfert sur le cadre comme exposés ci-dessus. Un tel transfert sur le cadre viendrait alors révéler un lever de déni plutôt qu'un retour du refoulé (Dejours, 1989).

4.2.2 Transferts sur le corps

Puisque nous mettons le projecteur sur les aspects sensoriels comme support éventuel d'une dynamique psychique, il nous faut considérer la possibilité d'un transfert sur le corps. Via la sensorialité, le corps est à la fois objet externe pour le Moi et objet de

captation du cadre matériel de la rencontre, clinicien compris. Dans ces termes, un transfert sur le corps peut être transfert latéral selon le paragraphe précédent. Sur ce point, un transfert sur le corps du thérapeute pourrait avoir bien plus de proximité avec un transfert sur le corps du patient plutôt qu'avec un « transfert central classique ». Le corps du thérapeute (non le thérapeute) serait un des objets externes, qui a quelques ressemblances avec le corps du sujet. Nous distinguons ici transfert vers le thérapeute « classique » comme ré-actualisation d'une relation d'objet vécue ailleurs à un autre moment, et transfert vers le corps du thérapeute comme actualisation ou ré-actualisation d'enjeux narcissiques de liens à l'objet primaire. Qu'il s'agisse du corps du thérapeute ou de celui du patient, c'est le corps qui semble dominer parfois les enjeux plutôt que la relation. Suivant l'idée de Green selon laquelle « *le psychisme serait l'effet de la relation de deux corps dont l'un est absent* » (Green, 1995, p71), l'effet de cette relation aurait parfois échoué. Green de poursuivre que c'est bien ce statut d'absence d'un des corps qui impose, contraint à un travail de représentation *par* et *pour* la psyché. Si cette absence n'est que peu symbolisée pour les patients auxquels nous pensons dans notre étude, il faut encore des corps réels dans la clinique et des transferts sur le corps pour une mise en pensée entre patient et thérapeute, car « *si nous nous adressons trop à la partie représentation de chose du représentant-représentation et pas assez à la partie représentant psychique, c'est-à-dire à ce qui appartient à l'ordre du corps, il n'est pas rare que l'interprétation glisse sur l'analysant comme l'eau sur les plumes d'un canard* » (ibid, p71). Cette tâche de représenter le corps absent pourrait être celle de la thérapie. Incapable de représenter un corps absent, Nicolas vient-il le figurer au plus proche de la réalité dans la vignette ci-dessous?

Vignette clinique, Nicolas

Cela fait déjà quatre rendez-vous que je reçois Nicolas en CMP. Alors qu'il me précède dans le couloir à une distance plus longue qu'auparavant pour aller au bureau, je vois autrement sa démarche. Je me rends compte que celle-ci est très déhanchée, genoux fléchis et écartés, pourtant sans antécédent physio-anatomique particulier. Nicolas a cinq ans et vient en soins pour d'importants troubles des interactions, il est replié et a de nombreuses stéréotypies, parle peu ou de façon mécanique répétant des formules toutes faites. Sa mère a eu un grave accident de circulation avant la grossesse de Nicolas, en garde des séquelles et marche avec une canne. Mais la voyant se déplacer

quelques mètres sans canne, on constate vite que la démarche sans canne de sa mère est quasi identique à celle de Nicolas: même balancement des hanches, même flexion des genoux, même abaissement du polygone de sustentation. L'hypothèse ici est que le « corps absent » n'est pas symbolisé. La marche de Nicolas ne symbolise pas une absence, mais formalise (comme un signifiant formel) au plus près de la réalité la démarche de sa mère avec le moins de transformation possible. Impossible encore de supposer où la représentation de l'absence échoue: enfant ne pouvant se penser sans sa mère ou penser sa mère sans lui, ou inversement? Mais la contrainte à *représenter de l'absence* serait ici échouée, évitée au prix d'un collage à une caractéristique physique maternelle, comme un emprunt narcissique (le style de marche) plutôt qu'une construction issue d'une interaction.

Plus que l'hallucination négative du thérapeute ou d'éléments du cadre, nous avons évoqué des patients capables d'hallucination négative de sensations, voire de leur corps. Tout se passe comme si le Moi ne supportant pas la séparation-individuation venait tout miser sur le corps de l'autre, niant la distinction en niant le corps du patient. Il n'est plus besoin d'éprouver (cela est-il transféré sur le corps du thérapeute ?). Transfert sur le corps comme objet prend alors une allure proche d'un transfert latéral, sur du non vivant (cadre), tels des adultes toxicomanes qui investissent toute leur énergie psychique sur le produit addictif (inerte), effractant le corps, niant la qualité vivante de leur psychisme mais aussi de leur corps. Au sein de notre clinique; par défaut de pare-excitation, c'est l'excitation elle-même qui est niée jusqu'à un « *ça ne me fait rien...* », répété par de nombreux pré-adolescents, qui exposent pourtant des événements à fort potentiel sensoriel et affectif. Ces patients semblent dans un paradoxe de se préoccuper fortement du corps tout en niant sa charge libidinale, le mettant en avant et en retrait à la fois (Dechaud-Ferbus, 2008). Un transfert sur le corps, sensoriel, viendrait dans notre idée manifester en investissement ou investissement en son contraire des enjeux narcissiques précoces ; « *je suis puissant* » (dit un garçon tout en frappant le mur), « *mon corps est plus solide que le mur* » ; pour un autre : « *je suis mou comme une merde* », « *j'allai pas perdre l'équilibre je suis pas con quand même* »....

Dans ces formules issues de quelques rencontres cliniques, sensoriel et appréciation narcissique se mêlent, jusqu'à questionner le thérapeute en miroir « *vous aussi vous*

trouvez cette odeur dégueulasse hein ? ». Dans notre développement, il se pourrait bien que les signifiants sensoriels, presque ici signifiants formels, soient supports de transfert bien plus que le thérapeute ou l'objet physique. Plus qu'au patient, « mou merde » serait adressé à un transfert sur le corps du patient. Plutôt que le thérapeute comme sujet différencié, « *odeur dégueulasse* » serait, sur le même modèle, adressé en transfert sur le corps du thérapeute. Ces mouvements pourraient être des tentatives de qualifier les corps en présence, les rendre un peu vivants, affectés. La difficulté est alors de tenter de transformer ces mouvements en pensée, en mise en relation entre deux sujets différents qui ne seraient plus réduits à des corps plus ou moins « narcissisés », mais des corps pensant. Sur ce point, un transfert sur le corps se différencie d'un transfert sur le thérapeute dans lequel le patient éprouve en affect ou pensée un élan adressé, ou souhaite, redoute ou attend une pensée ou un jugement du clinicien à son endroit. Dans la clinique de sujets où le corps pulsionnel s'est peu ou mal lié aux affects et à la pensée, il y aura lieu de travailler sur et avec le corps du patient, c'est-à-dire aussi se risquer sur et avec le corps du clinicien qui « *peut être amené à se mouvoir, bouger : s'approcher et s'éloigner du patient ; il peut éventuellement toucher, mobiliser le corps du patient. Ces agirs toutefois se font « à toutes petites doses », leur qualité de neutralité restant toujours première. Leur perception dans le jeu transféro-contre transférentiel constitue l'essentiel du travail* » (Dupasquier et Pélissier 2005, p253). Le travail psychique alors est bien plus un travail en présence de l'objet que d'élaboration sur l'absence.

Ce qui ne conviendrait pas ici dans une cure-type devient une nécessité pour accompagner le patient là où il en est. Un « transfert d'étayage » en présence de l'objet soutient alors la symbolisation primaire chez des patients dont la souffrance fait reporter les symbolisations secondaires, en métaphore. Nous envisageons ici que les traces sensorielles des premiers temps de vie ont conduit à des défaillances narcissiques primaires, nous sommes loin ici d'envisager des conséquences d'une relation d'objet sur un narcissisme bien plus secondaire. Un travail « en présence » via le corps réel fait espérer que « *le transfert d'étayage dément l'effet destructeur des traces mnémoniques et engrange progressivement les traces organisatrices de la relation à l'objet secourable. En confortant le transfert d'étayage au long de la cure, nous pourrions gagner peu à peu de terrain sur les effets pathogènes de la défaillance de l'objet*

primaire » (Frère Artinian, 2013, p747). Dans notre lecture, l'objet secourable est alors ici le premier objet qui ne laisse pas le sujet seul au prise avec ses sensations innommables, vient effectivement pallier quelques défaillances de l'objet primaire, rend possible qu'un narcissisme primaire devienne secondaire dans le cadre d'une relation d'objet.

4.2.3 Contre transfert; tout contre

La précédente citation est un rappel pour considérer plus qu'un transfert; un contre-transfert dont certaines caractéristiques émergeraient de la psychopathologie du patient et du cadre instauré. Aussi, nous considérons que l'irreprésentable sensoriel présent chez le patient, ou éventuellement réactivable et probablement à réactiver dans cette clinique pour des sujets envahis par le travail du négatif; viendra solliciter l'irreprésentable chez le clinicien. Attigui (2012, pp179-183) montre qu'un thérapeute qui s'engage dans la clinique dans un jeu théâtral s'impose une proximité d'affects avec le patient. Dans cette proximité, la créativité est sauvée en se gardant en même temps du risque d'adhésion fusionnelle. Même sans cette proximité de médiation, nous suivons la ligne qui nous semble exposée par Dumet (2004). L'auteur expose dans ce travail qu'il est caricatural de considérer systématiquement les ressentis corporels du cliniciens liés à la rencontre comme une fâcheuse défaillance du contre transfert. Cela peut l'être, mais peut être aussi un précieux matériel clinique. Le corps du thérapeute peut être lieu de réception du matériel clinique, avec l'hypothèse que le patient fait parfois éprouver (à plusieurs sens du terme) ses mécanismes de défense au thérapeute. Pour cet auteur qui ne veut pas pourtant accepter n'importe quoi, il y a lieu de s'éloigner de stéréotypes et idéologies théoriques (Dumet, 2011).

Quelques situations cliniques vécues nourrissent la présente réflexion. Nous donnerons un seul exemple de notre expérience. De façon assez exceptionnelle mais répétée, il nous est arrivé en rendez-vous clinique de vivre une espèce de limitation respiratoire à l'inspiration, comme une retenue. A la faveur de quelques répétitions et questionnements, le constat est venu de quelques invariants cliniques de cet état chez le clinicien. Il s'agissait à chaque fois d'un premier rendez-vous, avec des enfants d'âge de latence, pour lesquels l'impression fut que la rencontre était difficile, en tout cas dans une espèce d'évitement (oui, mais chez lequel des deux interlocuteurs alors?). Ces

patients laconiques présentaient un regard fuyant, des postures du corps peu modulées et à un des deux extrêmes toniques: affalés au siège ou hyper rigides. Ils ne présentaient pas de plaintes alors qu'ils souffraient de toute évidence, et laissaient parler pour eux l'adulte qui les accompagnait. Bien sûr cet exemple est un rappel au clinicien que cela exige pour lui un travail psychique de son côté, ainsi qu'un travail sur son propre contre-transfert. Quelle réactivation de l'irreprésentable se joue dans cet exemple entre deux protagonistes, jusqu'à affecter la physiologie respiratoire automatique? Cela indique que le clinicien doit encore clarifier sa propre participation à ce qui se passe, nous croyons pourtant que ces manifestations contre-transférentielles corporelles disent aussi quelque-chose du patient, en tout cas de la rencontre.

Nous devons quitter l'exemple singulier et constater que cette idée fut exposée déjà par d'autres exemples de situations cliniques. Ainsi, en fin de séance, un clinicien réalise qu'il s'est laissé glisser en bord de fauteuil en miroir du patient sans s'en être rendu compte jusque-là (Prat et Israël, 2011). Un autre de chercher dans la relation ce qui conduit chez lui à une sensation d'explosion dans la poitrine (Searles, 1981, pp 198-201). Cet auteur développe dans la même référence l'idée d'une certaine symbiose thérapeutique. Si nous sommes dans l'idée de l'activation d'excitations psychiques archaïques, il se pourrait que le vécu corporel irreprésentable du patient vienne s'imposer à celui du thérapeute, comme à un âge de la vie où le nourrisson lui-même ne pouvait identifier ses propres états. Ces vécus passent alors par le corps du thérapeute et, si celui-ci est assez attentif à ses réponses toniques et sensorielles, ils deviennent des indices de la qualité des angoisses à l'œuvre chez le patient, devrions nous dire dans la rencontre (Brun, 2013, pp184-187). Resnik donne un exemple clinique dans lequel à son insu il en vient à créer des sons inhabituels chez lui, gorge et voix sont sièges de sensations particulières alors. Mais cela se produit avec une seule patiente, uniquement lors de contextes angoissants quand elle expose ses sensations paranoïaques, précisément à partir de sons (Resnik, 1973, pp167-170). Dans cette idée, le non-advenu est irreprésentable mais s'éprouve, comme point de départ... Prat (2007) évoque cette contagion de l'archaïque du transfert dans le contre transfert. Nous croyons être sur sa position quand elle précise que le transfert « *ne signifie pas seulement déplacement, mais également contagion, contamination et transmission, ce qui ouvre la voie aux transmissions psychiques d'affects. Le contre-transfert en est le contrepoint, procédant*

du même principe » (p112). A. Anzieu (2006) s'efforce d'élaborer une « raideur malaisée » (p30) qui se répètent lorsqu'elle raccompagne un patient, elle reconnaît chez elle à la même page des « *réminiscences de tous ordres, y compris des traces sensorielles archaïques devenues inconscientes* ». Luras-Petit d'éprouver une sensation de « chute vertigineuse » (2012, p466) quand un bébé hypotonique est posé brutalement par le parent. À cet instant, le bébé lui-même semble manifester une grande détresse. Alors le propre vécu en conscience du thérapeute devient support de ses propositions techniques. Dans cette clinique de l'extrême, le contre-transfert devient le premier outil; peut-être le plus fiable, pour saisir un peu de l'irreprésentable ou de l'archaïque en jeu et guider la clinique du thérapeute.

Duparc a exposé (2009) que les variations de qualités de transferts (latéral négatif ou limite, central, sur le cadre...) s'accompagnent de contre-transferts « *qui vont avec* », ce qui insiste sur l'attention à donner au contre-transfert et sollicite des aménagements de cadre et de technique. Durmanova (2010.a) expose que la sensorialité est un attracteur d'objets impensables, parce qu'elle est la « spécialité » des premiers temps de vie. Chez le thérapeute, une défense pour ne pas laisser réactiver cela chez lui peut consister à développer un travail du négatif sur le contre-transfert: en particulier baisse d'attention, oubli, comme une « insensibilité », dans les divers sens du terme ... Pourtant c'est bien dans ces cas la sensorialité dans le lien, chez le patient et chez le thérapeute qui peut servir d'embryon de sens (Durmanova, 2010.b).

4.3 LES MEDIATIONS

4.3.1 La médiation, le médium malléable

Dans notre littérature, les propositions thérapeutiques fourmillent d'appels à utiliser des médiations. Il y a dans d'autres approches un point de vue duquel nous voulons nous détacher, mais qui est à citer. Certaines approches mettent en avant la médiation, l'objet physique ou la méthode médiatrice comme ce qui crée un mouvement psychique chez le sujet. Ainsi il en va de quelques approches en art-thérapie, utilisant musique, peinture et bien d'autres arts encore. Rencontrant une musico-thérapeute pour des sujets adultes en

grande souffrance autistique, celle-ci argumente que c'est Mozart qui soigne, et bien mieux que n'importe quel autre compositeur. Nous ne pouvons nous ranger à cette position.

Nous nommerons médium, ce qui est un support externe capable d'activer un échange entre réalité psychique et réalité externe, ce qui peut être support à une rencontre entre deux humains. Ce médium, précieux à utiliser pour les personnes dont les psychopathologies sont marquées, ne peut à notre sens n'être ni le centre du travail ni la finalité de celui-ci. Si la peinture est utilisée, le médium n'est pour nous ni le matériel, ni la peinture, ni la représentation finale sur la toile. Dans le cas de la peinture, le médium in fine est « peindre »; même si le terme médium est, par confort souvent réduit aux objets proposés (y compris dans notre texte et dans les références utilisées, le terme de médiateur conviendrait mieux). Proposant le dessin dans notre clinique, nous croyons que ce qu'il y a de plus dynamique alors pour la psyché, c'est l'acte de dessiner... en présence et peut-être pour autrui, et ce qui est dit et partagé autour de ce dessin. Dans le cas de la thérapie à médiation corporelle, considérant les sensations, le médium n'est pas précisément le corps. Le médium est « le corps éprouvé », le « corps en relation », le corps ne peut être réduit à une anatomie, un corps physiologique, un corps machine. Le médium constitue une partie « trouvée » de l'objet « trouvé-crée » dans les termes de Winnicott (1971), cette partie nécessaire ne saurait être suffisante. Le médium est un moyen, à ce titre le langage peut être considéré comme un médium, hautement pratique et précis pour ceux capables de l'utiliser de façon optimale. Pour les autres patients, il conviendra de proposer un cadre avec des médiums alternatifs. Mais si la pensée se construit dans le partage, le corps de chacun n'est pas donné, « être en corps » se construit également dans un échange, avec le corps de l'autre.

Nous nous rangeons à notre compréhension du médium dit médium malléable dans les travaux de Brun, Chouvier et Roussillon (2013), dont l'utilisation est très indiquée dans les cas de faillite narcissique pour engager une espèce de « squiggle-game » où percevoir est moteur de la rencontre (Roussillon, 2005). Roussillon de préciser (2012.b) que plus que de découvrir l'extériorité de soi dans la haine, le médium malléable (à entendre ici comme concept) vient signifier que le sujet vérifie en retour les effets sur l'objet (à entendre comme objet réel) en y projetant sa destructivité. Si la symbolisation

de l'objet nait dans l'absence, il a bien fallu rencontrer un objet dans la réalité « ici et maintenant » pour activer dans un premier temps une symbolisation primaire. Le corps toujours présent mais médium de représentation de l'absence semble être à la croisée d'une symbolisation primaire « en présence » (de l'objet) et symbolisation secondaire « en l'absence » (de l'objet) (Golse, 2012). L'une ne saurait exclure l'autre. La mise en route d'une symbolisation secondaire en l'absence de l'objet permet de faire exister un objet absent, de signifier de petits écarts spatiaux et temporels de relation à l'objet et entre symbolisation primaire et secondaire. C'est bien ces petits écarts qui impliquent mise en pensée, introduisent la tiercéité (ibid).

Nous cherchons une « technique clinique » dans laquelle nous avons à rendre présents ces écarts puisque le patient doit encore être aidé pour les percevoir, avant d'en penser quelque-chose; quant à en dire... Il s'agit ici encore de représenter des « *figurations corporelles présymboliques* », en jeu chez le bébé et actualisées dans la clinique (ibid). Si l'on croise les développements de Winnicott de « la haine dans le contre transfert » (in Winnicott, 1958) et de « l'utilisation de l'objet » (in Winnicott, 1971), nous trouvons argument à élaborer un *cadre clinique médium malléable*. Un tel cadre physique et humain serait capable de supporter les projections destructrices du patient, se soumettre à être quelques temps « utilisé, déformé » par le patient, puis répondant sans être détruit (en pensée) et sans représailles. Ici, la qualité malléable réside alors dans la posture clinique du clinicien comme dans le matériel physique disponible. Il s'agit de co-construire du « play » plutôt qu'intégrer un « game » déjà construit (Winnicott, 1971).

Donnons ici les qualités malléables du médium, qui est donc à l'opposé d'une imago de l'objet, représentation fixe, rigide avec laquelle le sujet ne peut varier son rapport. Nous comprenons ainsi la proposition que fait Fédida (1978) de « *l'objeu* », comme dynamique interactive affectant (au sens de modifiant) les deux côtés de l'interaction, engageant le corps, permettant un jeu qui est « *rencontre de surprise* » (p118). Il oppose ob-jeu; jeu d'interaction à ob-jet: à jeter. Pour le suivre, nous comprenons que le jeu (aux sens du jouer et au sens du mouvement) est issu de la négativité, il est création à partir de quelque-chose d'insaisissable, jeu entre dedans et dehors, soi et non-soi (ibid, pp179-195). Cette création surprise peut advenir à partir d'un objet réel, médium. Les

qualités du médium vont varier selon ses propriétés physiques.

Le médium va faciliter une transitionnalité s'il rassemble certaines qualités ci-dessous (Brun, Chouvier, Roussillon, 2013, pp65-69; dans cette référence la pâte à modeler est candidate au statut de médium le plus malléable). Donc le médium, pour être malléable est:

- *saisissable*, dirions-nous disponible pour être pris, tenu, pour réaliser quelques expériences sensorielles différentes selon qu'il s'agisse de l'eau, de la terre...

- *animable*, c'est à dire qu'il peut recevoir des « *projections animiques* » (p66), en ce sens il est support pour questionner l'un des premiers clivages de la naissance à la vie psychique, à savoir le tri entre le vivant et le non vivant. Ici, le non vivant peut prendre quelques caractéristiques du vivant. Il peut « s'animer », quand nous croyons que la psychopathologie du négatif fait l'inverse, nier la qualité vivante de ce qui l'est pourtant.

- *transformable*, le médium peut changer d'aspects selon les interventions, et peut reprendre une forme initiale, il ne prend pas une forme définitive. Deux qualités en découlent, le médium est *sensible* et *réceptif*, de petits invariants dans la façon de l'utiliser conduisent à de petits invariants dans la réponse, la transformation de l'objet (p67). Pour exemple la pâte à modeler peut être étalée doucement en douceur, mais aussi d'un coup net et violent, comme recevoir un petit creux avec un petit appui du doigt ou un creux plus grand lors d'un appui plus franc.

- *endurant*, le médium « survit », n'est pas détruit et reste disponible à de nouvelles utilisations. Ses qualités ne sont pas altérées par le traitement infligé, et le médium est disponible, dans notre idée renouvelé par le thérapeute si ses qualités ne sont plus garanties. Le médium est *indéfiniment disponible*.

- *prévisible*, le médium ne réagit pas de façon aléatoire, les mêmes actions ont les mêmes conséquences sur lui, ce qui permet d'explorer des actions et résultats un peu pareil/un peu pas pareil.

In fine la qualité « malléable » du médium émane de la conjonction des qualités citées ci-dessus. Toutes ses qualités sont variables et relatives, et le patient peut en explorer les limites, jusqu'à quel point l'objet est effectivement destructible, disponible etc... La qualité qui manque au médium fera précisément l'objet d'un échange relationnel

entre le clinicien et le patient.

Vignette clinique, Jules.

Jules a 10 ans, je le reçois depuis 2 ans dans le cadre d'un hôpital de jour. Il ne s'assoit au bureau que depuis quelques semaines et y fait quelques expériences avec la pâte à modeler. Il évite tous les aspects assez directs de la rencontre, ne me demande pas d'aide, et a beaucoup utilisé l'espace de la pièce pour s'éloigner de moi, bouger....Un peu apaisé au bureau construisant un bonhomme en pâte à modeler, il râle de « *ce bonhomme qui ne tient pas* » (défaillance de qualité du médium, mais peut-être aussi défaillance narcissique primaire projetée sur le médium); alors qu'il tente d'y ajouter finement quelques cheveux. « *Tu veux bien m'aider à le tenir?* », j'accepte de donner cette aide, le défaut de malléabilité du médium à ce moment permet initiative relationnelle de Jules vers moi, rencontre, partage, peut-être transitionnalité car nous concluons que nous ignorons finalement qui a fait le bonhomme, c'est un peu lui, un peu moi, un peu nous... C'est un bonhomme transitionnel (au sens espace transitionnel).

Le médium vient ici en limite de concept, il est objet pour la psyché, et par ailleurs il ne l'est pas, il est seulement support de rencontre avec un objet interne, ou support d'échanges entre objet interne et objet externe, entre réalité psychique et réalité. Ce point de limite rejoint le statut de l'objet (ou, du coup, du médium malléable); qui est à la fois objet à et *pour* symboliser (Brun, Chouvier, Roussillon, 2013, p 68 et Roussillon, 1997). Nous croyons rejoindre la présentation de Milner (1979) qui sert aussi aux travaux de Brun. Milner y expose l'illusion de fusion avec l'objet dans le processus de création. La limite existe, disparaît (se confond), réapparaît... Cela peut correspondre à la qualité « pliable » (« pliable objet » traduit en objet malléable) au sens que quelque-chose disparaît (se plie) dans un mouvement et peut réapparaître autrement (se déplie), comme réalisant un jeu alternatif ensemble/séparé. Milner expose une clinique dans laquelle les qualités réelles des objets sont éprouvées (un enfant met réellement le feu à des jouets), alors qu'elle accepte que l'enfant vérifie aussi sur elle les effets d'un médium (de la cire étalée sur ses mains). Elle conclut sur la valeur symbolique de l'utilisation des objets; ne voulant pas réduire la symbolisation à des caractéristiques langagières.

Vignette clinique, Benjamin

Je reçois Benjamin qui vient de faire trois ans. Il est très inhibé et souffre d'un retard global et massif, ne parle pas. Il évite les feutres, semble craintif. Saisissant finalement un feutre, il l'expérimente d'abord sur ma main (comme testant ma peau mais aussi ma réaction) avant de s'aventurer à laisser des marques sur sa main, puis quelques temps plus tard sur une feuille. Sa propre expressivité semble s'appuyer sur une intervention sur le corps de l'autre, ainsi que sur son corps propre.

4.3.2 Le corps comme médiateur

Nous considérons alors ici le corps, *corps en relation*, comme objet externe pour la psyché, de négociation ou d'interaction entre le dedans et le dehors, médium malléable. Mais le corps n'est peut-être pas totalement objet externe. L'expérience du corps préside à la pensée. Le *corps en relation* est nécessaire pour penser cette expérience avec deux destins (Debray, Dejours, Fédida, 2005, pp81-82). Le premier ouvre vers une souffrance subjective, le second conduit vers du vide, des tentatives pour nier une expérience insaisissable. L'inverse du plaisir n'est pas alors le déplaisir mais l'insensibilité. Attribuer au corps une qualité de médiateur est une tentative pour que certaines parties du corps « insensibles », au sens non investies par la psyché, puissent enfin l'être.

Le corps, médium tout de même particulier, rassemble à la fois les caractéristiques du médium malléable et leurs inverses. Par exemple s'il est prévisible (les mêmes actions conduisent à des conséquences de même type); il est aussi parfois imprévisible et apporte quelques surprises de l'ordre du symptôme. Il est également endurant (résistant selon les termes du médium malléable), dans certaines limites parfois explorées jusqu'à la destruction... Le corps, qui ne peut être que sensoriel sans quoi il n'est que cadavre, est le support du retour hallucinatoire de perceptions antérieures (Freud, 1937). Nous avons exposé notre conception d'une distinction parfois impossible à établir entre sensorialité et hallucinatoire. Également, la sensorialité, « activée-activable » dans la clinique, serait une aide pour tenter de représenter de l'irreprésentable ou pour dynamiser des figurations pré-symboliques, selon le point de vue que l'on se fait du statut des traces mnésiques dans la psyché et pour lequel nous ne savons prendre mieux position. Nous avons exposé l'écart de pensée en cela entre les positions d'une part des Botella (1985, 1992, 1995, 2001) et de Boubli (2002, 2009) et

Golse (2012) d'autre part ; pour exemple. Dans tous les cas nous considérerons comme médium à la fois des objets proposés explicitement dans notre cadre clinique (par exemple dessin, ballon, pâte à modeler) choisis au cas par cas, des objets proposés de façon implicite (le mobilier, la qualité des murs etc...), ainsi que le corps, voire les corps en présence. Plus encore, « *le corps en acte pourrait alors figurer une compréhension de l'inscription du travail de la symbolisation à la charnière de l'intrapsychique et de l'intersubjectif* » (Roman, Dumet, 2009, p208). C'est bien cette charnière que nous espérons « mettre en mouvement », car particulièrement gelée par un travail du négatif trop abondant.

Une telle psychopathologie rend les sujets peu aptes à exprimer en langage, ou symbolisation secondaire leurs tensions psychiques, souffrance. Pour l'âge qui nous préoccupe, le début de l'adolescence complique l'approche puisque les bouleversements psychiques et physiques spécifiques de cet âge sont prêts, alors que la « charnière » évoquée est encore largement prise dans des enjeux archaïques. À considérer le corps comme médiateur nous n'ignorons ni les difficultés ni les risques, mais nous croyons aussi que pour celui qui persiste à proposer une aide à ces patients: il n'y a pas le choix, le corporel a chez ces sujets un rôle incontournable dans la clinique.

« *Est-il besoin de rappeler le long travail évolutif propre à chacun de nous, par lequel l'excitation devra se transformer en pulsion ? Travail sur le trajet duquel le soma deviendra corps perçu, puis corps affecté et représenté, de même que le narcissisme corporel se modifiera en narcissisme secondaire, enrichi, comme tout processus psychique, par les relations successives et les stades nécessaires des liens aux différents objets du monde extérieur.* » (Roux, 2005, p42).

Certaines souffrances psychiques impliquent un exercice clinique qui remet en jeu ce travail en impliquant le corps propre, pôle premier du processus.

4.4 TECHNIQUE

4.4.1 Technique du corps, technique avec le corps

Notre réflexion sur le cadre nous amène à préciser quelques aspects techniques d'une thérapeutique dans laquelle se conjuguent des hypothèses de psychopathologie autour d'un abus, d'un envahissement du négatif avec une clinique cherchant à s'appuyer pour partie sur la sensorialité. Nous différencions un passage à l'acte comme effort pour se soustraire à la symbolisation d'un passage par l'acte comme effort au niveau d'une symbolisation primaire, en lien assez direct avec le contenu psychique en jeu (Calza et Contant, 2012, pp145-146). Nous suivons encore ces auteurs sur ce point: « *ces niveaux d'organisation de la sphère sensorielle ont pu passer inaperçus et être recouverts par des niveaux plus élaborés de la représentation [] mais ils peuvent être reconvoqués dans une relation* » (ibid, pp99-100). Il s'agit bien ici de « reconvoquer » dans une symbolisation primaire relativement proche du même (forme d'un geste par exemple), chez un sujet trop en difficulté pour être en symbolisation secondaire dans un lien de représentation plus distant à l'objet symbolisé.

Nous pourrions distinguer la partie du Moi sollicitée selon la symbolisation en jeu : travail sur le Moi-sensoriel; narcissisme primaire présenté en clinique du type « je figure avec mon corps que j'éprouve et suis affecté » (symbolisation primaire); versus un travail sur le Moi-corporel du type « j'agis sur le monde qui agit également sur moi via mon corps » (symbolisation plus secondaire qui implique l'objet). Pour espérer une rencontre et un processus, il faut parfois accepter une mise en scène, lancer quelques coussins (Rodriguez, 2012) ou quelques balles (Branchard et Pirlot, 2011), ou jouer le combat (Branchard, 2013), avant que de l'archaïque ne commence à entrer dans une construction narrative. Suivant Boubli et Elbez (2010), notre posture clinique considère alors la sensori-motricité comme un processus, une tentative de présentification de l'objet, de réélaborer les liens à l'objet à partir d'une « *mémoire implicite* ». Il s'agit d'envisager le corps propre (au sens « *le corps au point de vue du sujet* », Claudon et al, 2008); comme mode d'expression en relation même s'il ne s'agit pas encore de communication (ibid). L'affectif ne serait pas évité mais approché au plus près de sa

source corporelle. Il s'agit alors de « *se sentir et se voir faire sous le regard de l'autre* » (ibid, p237). Comme aux temps du développement infantile; agir, sentir, moduler son rapport aux objets réels du monde externe seraient autant de « *fantasmes d'action* » de liens à l'objet interne (Aucouturier, 2005). Dans cette référence, les fantasmes d'action sont mis en scène, en questionnement dans la motricité réelle. Mais il n'y a pas un rapport à l'identique, les actions viennent jouer de petites différences et sans cesse reconstruire le rapport aux objets internes via un vécu réel aux objets externes; participant à la construction d'une représentation de soi. La sensori-motricité participe à la construction subjective.

Pourtant le corps, la sensorialité ne sauraient relever d'une technique exclusive au risque de répéter quelques limites des cadres et techniques qui considèrent de façon exclusive le langage. Nous avons exposé notre thèse que pour les sujets avec ledit « profil » psychopathologique à souffrance « narcissique-identitaire abusant de négativité », le recours dans la clinique au corps sensoriel, en relation, n'est pas une originalité ou un plus recherché, ni même un « par défaut » d'expression par le langage (que certains patients manient plutôt bien malgré tout). Nous convenons avec Attigui (2012) de la capacité qu'à le jeu de figurer de l'irreprésentable (pp-170-173). Le jeu (au sens théâtral comme au sens de Winnicott) permet de vérifier, chez le patient comme chez le thérapeute, la capacité de supporter les affects, l'angoisse en particulier, avec la sécurité de pouvoir s'en extraire à tout moment (ibid, pp158-168). Ce recours au jeu (du corps ou avec le corps) est une nécessité induite par notre hypothèse psychopathologique d'un surplus du travail du négatif lié aux angoisses précoces dans lesquelles le corps est largement engagé.

Il s'agit ici de rendre la plus souple possible la partie mobile du cadre interne du thérapeute, sans déroger aux quelques règles du socle stable du même cadre. Aussi, cette hypothèse s'accompagne d'une autre, celle de penser qu'un certain gel psychique ne peut que s'auto-entretenir si une partie de cet impensé sensoriel hors langage n'est pas mis en représentation à partir de sa source corporelle, ce qui indique une clinique *avec* et *par* la sensori-motricité. Dans une clinique à médiation langagière exclusive, ce qui est hors langage, hors symbolisation secondaire risque de le rester car encore bien trop dépendant d'une symbolisation primaire, sachant ici que symbolisations primaire et

secondaire ne s'excluent pas, et au contraire, fondent des dynamiques différentes des capacités de représentation (Golse, 2012). Le corps est, encore et toujours mais surtout dans la psychopathologie que nous étudions ici, point de départ d'un processus d'une symbolisation plutôt primaire puisque le corps dans la psyché est très négativé, pris dans un gel psychique. À l'inverse la symbolisation dite secondaire épargne la vie, les menaces sur le corps propre (Chasseguet-Smirgel, 2003, p26). Mais de même que nous venons au paragraphe précédent de laisser ouvert le statut des traces mnésiques sensorielles entre irreprésentable et pré-représenté, nous laissons ouvert dans cette psychopathologie comme dans la clinique proposée la question entre un retour de la libido au narcissisme (ibid, p83) d'une part et d'autre part un blocage narcissique primaire jamais libidinalisé ; en somme « seul plutôt qu'avec un objet déjà rencontré versus toujours seul sans objet ». Plutôt que de trancher sur une position étroite, nous précisons comme ci-dessous.

Le recours au sensoriel est une possibilité et non une utilisation exclusive dans une technique rigide. Il s'agit de réguler-transformer les premières excitations sensorielles sous forme d'impression (Prat et Israël, 2011). Le terme de pulsion serait ici prématuré, il s'agit d'excitation qui devient pulsion dans la rencontre avec l'objet (Roussillon, 2007b, pp53-87) ; et c'est bien ce processus que nous croyons échoué et à travailler quand le travail du négatif est en surrégime. Nous considérons alors trois temps de vie psychique :

-1- Excitation ; primaire, hors relation mais à mettre en relation, liée au plus proche du corps sensoriel, qui n'est pas encore ou à peine un corps en relation, et déjà loin d'un corps physiologique au fonctionnement isolé.

-2- Pulsion ; l'excitation est devenue adressée à un objet qui doit servir à soulager la tension générée, et peut se figurer (même se symboliser) en engageant le corps en relation.

-3- Subversion libidinale ; (Dejours, 2001), par laquelle le sujet est actif pour transformer les moyens de satisfaction en moyens socialement acceptables, détournant certaines fonctions du corps, choisissant des objets de substitution, capable de

sublimation et renonçant à un objet parfait qui amènerait complétude ou détente parfaite.

Nous pensons rencontrer dans notre clinique des sujets « mosaïques », qui peuvent faire cohabiter les trois degrés cités de mouvements psychiques, mais pour lesquels un envahissement du négatif règne, déstabilise l'économie psychique car une grande part d'excitation subsiste ; part qui n'est pas rentrée dans la sphère relationnelle. Dans l'esprit d'une recherche clinique, nous croyons suivre Roussillon (2012.b) qui précise à quel risque nos propositions cliniques pourraient s'affronter:

« L'une des particularités des situations extrêmes, en effet, nous avons commencé à le souligner ailleurs, est que le sujet a dû se « retirer » de lui-même pour survivre. Ce retrait a une conséquence, le sujet ne se sent plus ou mal, il ne se voit plus ou mal, il ne s'entend plus ou mal. L'autre est nécessaire pour qu'il puisse, grâce au « miroir » que la relation au clinicien peut lui offrir, recommencer à se sentir, voir ou entendre. Mais c'est à double tranchant. Si d'un côté le clinicien peut aider le sujet à reprendre contact avec lui-même, grâce au miroir que l'accompagnement peut prodiguer, en même temps cette reprise de contact est douloureuse. Recommencer à se sentir ne va pas de soi quand ce qu'il y a à sentir est marqué par le désespoir et l'agonie, recommencer à se voir quand c'est la honte et la déchéance de soi que le miroir du visage de l'autre peut renvoyer, quand c'est à une image monstrueuse de soi que l'on risque d'être confronté » (p117).

Au point où nous en sommes, il nous faut ici considérer une clinique à médiation, en particulier à médiation du corps. Nous rejoignons la position ci-dessous quant aux thérapies à médiations :

« l'efficace thérapeutique des dites médiations opère via un double transfert sur l'objet médiateur et sur le thérapeute et sur le cadre; l'enjeu est symbolisant, transférentiel voir impératif; il consiste à présenter une expérience et à présenter les processus psychiques par lesquels cette expérience est travaillée: « un cadre-dispositif qui relève de la psychothérapie psychanalytique » ». (Joly, 2013, p42).

Nous poussons plus avant cette citation car plus que d'un double transfert, nous

pensons ici qu'il s'agit d'un triple transfert: sur la médiation corporelle, sur le cadre, sur le thérapeute. À ce titre; le corps du thérapeute peut appartenir à chacun des trois transferts envisagés, en particulier quand il s'agit de présenter et non pas de représenter car, pour ce qui est des symptômes issus du négatif, il est douteux qu'il ne s'agisse que de processus de (re)présentation.

4.4.2 Sentir, toucher, être touché, bouger....

Nous relions ici la sensorialité à l'aspect suggestif impliquant le corps, présent dans les débuts de l'exercice psychanalytique. La main sur le front et l'hypnose répondaient « en corps » à la symptomatologie corporelle de l'hystérie. La suggestion n'a cessé d'être déconsidérée, vue comme un risque d'empêchement d'accès du sujet à sa propre subjectivité. Nous croyons que la simple présence d'un autre maintien une dose de suggestion. Puisque nous soutenons l'utilité du sensoriel dans la clinique, il y a pourtant une position suggestive que nous ne voulons pas adopter. Par exemple certaines approches en relaxation impliquent de suggérer au patient la sensation à percevoir ou l'image mentale à faire venir. Il en va ainsi de proposer au patient de répéter mentalement « *mon bras est lourd* » ou encore de laisser venir une image apaisante, espérant la détente à partir « *d'un doux bord de mer où l'on entend le bruit des vagues* ». Nous avons indiqué le délicat tri entre sensoriel et hallucinatoire, mais un clinicien qui vient suggérer au patient ce qu'il y a à ressentir ou halluciner ne nous semble pas le meilleur moyen pour qu'il accède à lui-même. Que reste-t-il alors de la suggestion dans notre cadre interne?

Essentiellement nous suggérons au patient qu'il y a quelque-chose à ressentir, et quelque-chose à penser dans le cadre de nos rencontres. Cette approche semble propice à la construction d'un « trouvé-crée », là où la suggestion précise et anticipée de ce qu'il y a à vivre constituerait un « trouvé-donné ». Au grès des situations cliniques que nous ne saurions dire d'avance, les diverses propositions se feront donc dans cet esprit; il y a parfois quelque-chose à ressentir et à penser à partir du corps; qu'il s'agisse d'une position de détente couchée sur un matelas ou d'un trépignement de doigt sur le bureau, voire d'une partie de football. Peut-être y aura-t-il ensuite « à en dire »... Ressentir peut s'appuyer sur de l'acte et, tentant de nous adapter à la psychopathologie, nous avons proposé ailleurs un cadre qui met en jeu la sensori-motricité sur un mode proche du

psychodrame. Il s'agissait d'agir en groupe l'échange agressif (type bataille de boule de neige, avec des balles en mousse) avant de tenter ensuite des liens (Branchard et Pirlot, 2011). Dans cette référence, l'utilisation du médiateur est largement suggérée, son utilisation par les thérapeutes est possible... Ce cadre, peu classique, est discutable sur ces limites. Au risque de l'érotisation, il faut se garder d'une sexualisation qui marquerait une séduction accomplie, la marge entre les deux est parfois mince. Ce cadre est une tentative de s'adapter au mieux à la psychopathologie des sujets auxquels il s'adresse: des enfants reçus en IME dont la psychopathologie est liée à une déficience intellectuelle moyenne-sévère.

S'il s'agit d'individuel; la sensorialité implique de considérer celle des deux protagonistes ainsi que les éventuelles interactions entre les corps. Prat (2007) de rappeler la précocité foetale du mouvement et de la sensorialité tactile ainsi que le premier travail psychique à faire pour le bébé de discrimination au sein du clivage « *être en contact / perdre le contact* »; précurseur d'un « *être tenu / être lâché* ». Évoquer ici le toucher est inévitable, et est rapidement marqué d'un feu suspicieux dans l'épistémologie psychanalytique qui est la nôtre. Dans nos hypothèses, nous sommes pourtant assez loin d'enjeux de séduction pour des problématiques hystériques. Voilà qui est un premier point de détente quant à ce qu'un toucher réel entre patient et thérapeute peut impliquer. FÉRENCZI (1932) a voulu moduler sa clinique; « active », prétendant quelques issues heureuses et reconnaissant des échecs, le tout dans la suspicion des collègues. Nous voulons avancer en nous situant dans une approche un peu plus actuelle. Si le risque est celui d'une « érotisation » en direct de la clinique, il est parfois heureux que « cela s'érotise un peu » au niveau psycho-dynamique. Le cas d'Edson développé comme étude de cas nous semble évoquer ce point de vue. Quand le patient ne peut travailler en métaphore sur l'absence, alors un engagement du corps du thérapeute en relation avec le patient peut être (non pas doit) indiqué, dans un *holding* et *handling* comme base de rencontre.

Le toucher existe dans certaines approches thérapeutiques, certains psychanalystes s'y sont risqués (non sans critiques). Si le langage relève d'une séparation trop brutale entre les personnes en présence, il faut bien débiter par un autre médium. Pour les psychopathologies identitaires narcissiques attendre à tout prix que le patient entre en

symbolisation langagière peut relever à notre sens, et au cas par cas, au minimum d'une erreur technique (quand il ne s'agit pas d'éthique). Paumelle (2001) se réfère à ceux qui n'ont pas proscrit le toucher (Lowen, Pagès, Reich), supposant dans l'interdit rigide une confusion entre contact corporel et séduction corporelle. Si le cadre thérapeutique doit être « paternant », il lui semble convenir de s'abstenir de toucher réel, et qu'à l'inverse un nécessaire cadre « maternant » peut se manifester (même en analyse) par un toucher rassurant, non menaçant. Pour Paumelle, c'est au thérapeute de faire le tri dans les touchers possibles et interdits. Il argumente qu'une interdiction formelle confère un confort pour le professionnel mais une rigidité peu thérapeutique. C'est à ce dernier de « déconfusionner » les différents contacts:

« le contact corporel peut, comme tout autre type de relation interhumaine, être ou ne pas être chargé de significations érotiques et de séduction, alors que les psychanalystes traditionnels semblent entériner la confusion entre contact corporel et contact érotisé au niveau génital » (p115).

Faisant lien avec la suggestion, proscrire d'avance tout toucher relève alors d'une induction érotique suggérée d'emblée par le thérapeute, toucher serait forcément sexualisant?! Nous croyons rejoindre ici les propositions de Dechaud-Ferbus (2011.a et 2011.b) pour qui le pare-excitation ne peut se construire que contre des excitations (au sens appuyé sur). L'auto-observation du sujet de ses propres états sensoriels, tensions musculaires, constitue un point de départ pour un travail de symbolisation à partir de traces sensorielles réactivées en « psychothérapie psychanalytique corporelle » (Ibid). Le patient est couché face au thérapeute qui reste disponible par la perception visuelle, accessible par les sens en particulier par la vision. À partir d'une technique « d'être à soi », corps et perception sont médiateurs (Dechaud-Ferbus, 2011.b, pp13-23). Cet auteur motive particulièrement ce type de cadre, dans lequel le toucher est possible (ni interdit, ni systématique), pour des psychopathologies dites limites, narcissiques. Elle distingue l'acte de toucher de celui de sa fonction, par exemple celle de discriminer soi/non-soi, vivant/non-vivant. Elle argumente également que la décision de toucher ou non se fait au cas par cas au regard des indices de transfert en jeu (ibid, pp62-63), l'interdit du toucher ne prend sens que lorsque l'objet et le sujet sont bien différenciés (p152), nous pensons que cette condition s'applique également au risque de séduction.

Les sensations qui impliquent ou pas le toucher sont ensuite à replacer dans un contexte affecté, relationnel, dans un possible insight et lien à l'histoire du sujet (ibid, pp34-35).

La motricité active à peine moins d'inquiétude que le toucher dans l'épistémologie qui est la nôtre. Dans quelques repères classiques encore revendiqués parfois aujourd'hui, l'activation de la moindre motricité chez le patient relève d'un passage à l'acte, que dire alors quand le thérapeute se permet un geste? Nous conservons les références du paragraphe précédent pour argumenter notre position. En particulier l'actif et le passif chez l'un comme chez l'autre peuvent aider par exemple à lever des confusions entre dedans et dehors (ibid, pp51-65). C'est à nouveau les hypothèses psychopathologiques et de transfert qui motivent au cas par cas l'incitation à la motricité chez le patient, ou la décision de mouvements chez le thérapeute.

Dans ces références l'auteur explicite les arguments théoriques et cliniques que nous croyons rejoindre, alors qu'elle expose des situations avec des sujets adultes nous explorons ici la piste avec des sujets dits « pré-adolescents ». Il s'agit de s'appuyer sur une « polyphonie sensorielle » (ibid, p150), qui est déjà chez le bébé une contrainte aux premiers modes de représentation. Idéalement, l'invitation à verbaliser un état, une sensation, un mouvement, ne vient qu'ensuite, après un long temps. Prêter attention à un état particulier et laisser exister cet état est une première étape pour les patients en défaut de verbalisation. La verbalisation n'est pas sollicitée immédiatement, la prise de conscience d'un état nécessite des répétitions avec de petites différences, parfois sur de nombreuses séances, avant que le sujet puisse en dire quelque-chose. Comme l'aspect suggestif réside dans le fait qu'il y a « quelque-chose à percevoir », le « quelque-chose à en dire » peut également se suggérer mais non se décider du côté du thérapeute. Il y a parfois juste à sentir, rien à en dire; du moins pour l'instant... Dans cette position d'articulation théorico-clinique, l'interaction des corps patient-thérapeute est relation dans laquelle le sensoriel peut prendre valeur de signifiant; cette « *relation instrumentalisante permet de donner progressivement à l'éprouvé sensoriel premier la valeur de message et donc d'un signifiant psychique* » (Calza et Contant, 2012, p33).

4.4.3 Le baiser à Hugo; première et seconde lecture

La vignette ci-dessous questionne l'intérêt ou les limites des échanges affectifs et

sensori-moteurs dans la clinique. C'est un exemple de dynamique transféro-contre transférentielle qui engage le corporel.

Vignette clinique, Hugo.

Pierre reçoit dans un centre d'aide médico-sociale précoce Hugo et ses parents depuis quelques temps. Hugo a 18 mois, dort peu et mal, hurle jusqu'à épuisement à la moindre séparation (crèche, au coucher, fin de repas...), reste proche de l'adulte qui en a la charge ou hurle à nouveau dès que la distance entre l'adulte et lui est trop grande. Depuis quelques séances Hugo semble tolérer mieux la distance avec ses parents dont l'un est présent. Pierre s'est entendu avec eux pour des séances où il est à présent seul avec l'enfant (et le stagiaire que je suis alors). Ce jour-là Hugo a beaucoup pleuré quand les parents ont quitté le bureau, et Pierre a tout autant accompagné, normalisé Hugo dans ses émotions tout en insistant sur sa capacité à survivre à ce difficile moment. L'attention conjointe est meilleure quelques instants, autour d'une balle. Enfin, Hugo revient vers la porte comme voulant retrouver ses parents, mais ne retrouve que son angoisse. Hugo tend les bras vers Pierre, c'est bien la première initiative de l'enfant vers lui. Pierre accepte de donner cette aide à Hugo, l'enveloppe, le porte, lui fait part à nouveau de la détresse qu'il voit chez Hugo.... puis se surprend lui-même adressant un baiser sur le front de Hugo qui cesse immédiatement ses pleurs dans un regard interactif (et interrogatif?) entre les deux protagonistes. Dans la surprise de son propre geste, Pierre ajoute en parlant à Hugo qu'il n'embrasse pas les enfants dans le cadre de son travail, n'a pas à le faire, mais qu'il est vrai que les affects en jeu font qu'il a embrassé Hugo comme un père peut embrasser son enfant pour le rassurer.

Première lecture du baiser à Hugo: Pierre, à nouveau père depuis peu, est coupable d'un vilain passage à l'acte; voire de plusieurs. Il accepte et poursuit un corps à corps avec l'enfant, là où le langage est déjà un bon outil pour échanger sur les émotions en jeu. Pire, il va jusqu'à embrasser l'enfant sur le front.

Deuxième lecture du baiser à Hugo: Pierre formalise un soutien psychique et physique par le portage, et langagier, là où l'enfant est encore largement sensible à ce qui se joue dans les interactions non verbales; et en difficulté sur le chemin de la symbolisation secondaire. Le portage, le baiser, marquent un état chez Hugo reconnu

par un autre qui y répond. Mieux encore, celui qui y répond fait l'effort de discriminer ce qui vient de l'un et de l'autre. Reconnaisant ce qui vient de lui, Pierre permet aussi à Hugo de se reconnaître une part différenciée, séparée de Pierre, tout en continuant de bénéficier de la sécurité physique et psychique de Pierre.

La présente situation clinique ne vient pas argumenter en faveur de l'utilisation du baiser dans la thérapie. Ici, la communication non verbale bat à plein. Hugo a un recours nécessaire à la sensori-motricité pour s'exprimer et survivre à ce qui lui arrive. Pierre adapte sa posture, son tonus, joue de petites différences. Le baiser est suivi immédiatement d'un effort pour discriminer ce qui se joue dans la dynamique transféro-contre transférentielle, Pierre ne se souvient pas avoir adressé un autre baiser à quiconque dans son travail, et reconnaît immédiatement ce que son récent statut de père a pu influencer. De notre point de vue, l'effort permanent de Pierre pour penser ses actes en interactions avec ceux d'Hugo est un moteur de la relation, un moyen pour penser en différence et en sécurité ce que vivent deux personnes, soutenant la pensée de l'un comme de l'autre.

5- MÉTHODOLOGIE

Dans l'optique qui est la nôtre ici, une méthodologie inspirée des rencontres cliniques doit être confrontée à d'autres éléments d'évaluation. La spécificité de la rencontre avec un clinicien, lui aussi impliqué dans ce qui se passe, doit idéalement se nourrir d'apports plus objectifs dans l'esprit d'une recherche, même si elle est clinique. L'utilisation d'échelles et protocoles vient nourrir la réflexion pour augmenter les angles de vue, entretenir la dialectique avec la clinique¹².

L'éthique clinique impose d'introduire dans la dynamique relationnelle des modifications minimales, en tout cas les biais de la recherche ne doivent pas être contournés au prix de biais de la relation thérapeutique. Aussi, la marge est parfois mince et nous adoptons la position ci-dessous.

La passation d'échelles (standardisées ou non) implique l'inversion de la demande habituelle dans la relation clinique. Le clinicien demande au patient dans l'intérêt du premier. Si le patient est ou peut se sentir régulièrement objet de l'autre, du clinicien, la situation de devenir objet de recherche sur demande du clinicien caricature cette posture. La marge qui semble acceptable alors, est d'obtenir un accord écrit du patient pour entrer dans la démarche de recherche (la demande de consentement utilisée figure en annexe page 337)¹³. Pour la presque totalité des enfants ces rendez-vous se sont déroulés lors des premières rencontres au sein du CMP (avant l'engagement

¹² Dans notre esprit, une valeur mathématique ne détient pas plus de vérité que l'empirique. Mais la démarche intellectuelle, pour être honnête, doit pouvoir être mise en question. Cela permet d'argumenter sur d'autres éléments que de demander à « être cru sur parole ». Ce point motive pour partie la méthodologie choisie. Les chiffres montrent autant leurs limites que les études qualitatives, et nous nous demandons si leur surinvestissement en sciences humaines sur le modèle des sciences les plus dures ne relèverait pas du fétiche. Les mathématiques sont également des métaphores ; inventées par l'homme et mises en langage pour tenter de traduire le réel du monde. Un « objet humain » est là avant le langage et indépendant de lui dans le développement du bébé comme dans la phylogenèse : son corps.

¹³ Cette démarche clôturait le renversement de la demande à un contexte précis. Également, cet écrit s'accompagne d'une présentation orale rapide de la recherche. Pour les patients (que je remercie encore ici) qui ont accepté in fine la démarche d'être par ailleurs « objet de recherche », la passation des évaluations présentées ci-dessous s'est déroulée dans le cadre de rendez-vous extraordinaires, soit en dehors des rendez-vous thérapeutiques habituels afin d'en influencer le moins possible le déroulement, et d'en respecter au mieux le cadre initial.

thérapeutique de l'un et de l'autre), car les biais et influences sur la thérapeutique sont plus probables si ces rendez-vous devaient se faire en cours de thérapie. Aussi, pour de nombreux patients avec qui nous étions déjà engagés dans une thérapie régulière, nous avons renoncé à leur proposer de participer à cette recherche. Pour ceux qui ont participé en cours de thérapie les biais semblent à double sens; la rencontre clinique peut influencer les réponses à l'évaluation de recherche comme ladite évaluation peut intervenir après coup dans le matériel clinique.

Au début de notre démarche puis à nouveau à plusieurs reprises ensuite, nous avons envisagé l'utilisation du Rorschach. La valeur projective du test nous permettrait d'approcher des hypothèses autour de l'image du corps, des lacunes ou du traitement du « choc » face à une angoisse archaïque (Richelle, 2009). Nous avons renoncé. Sans présumer de résultats, le risque laconique des réponses au Rorschach existe dans notre population de psychiatrie publique pré-juvénile (Blomart, 1998). Ce risque existe également dans la méthodologie finalement choisie que nous pensons pourtant plus « accessible ». Mais surtout; quelles que soient les réponses lors d'un Rorschach, comment trier lors d'un « refus de planche » un processus d'un sujet qui ne projette pas (par défaut de construction d'images internes) de celui qui s'efforce d'empêcher défensivement la projection? En un mot, comment différencier celui qui ne projette rien de celui qui projette du rien? Dans le cas du Rorschach, il eût fallu repérer voire créer soi-même des indices de nature à détecter la projection d'une négativité (par exemple l'hypothèse de peu de kinesthésies projetées, négativant les sensations qu'elles créent). La dimension projective de notre protocole s'appuie finalement sur des contes, qui suggèrent une tension entre l'interne et l'externe avec un « ressenti », qui peut être sensoriel comme affectif.

La méthodologie proposée se présente par un protocole à quatre évaluations, respectivement ci-dessous de la plus « objective standardisée » à la plus subjective; ainsi que respectivement d'une évaluation plus émotionnelle vers une évaluation plus sensorielle cherchant à se dégager des enjeux émotionnels. Les deux contes du test des contes fournissent une partie projective à la méthodologie; le choix des contes et l'intérêt de l'apport projectif sont motivés dans le paragraphe ad hoc.

5.1 LE QUESTIONNAIRE DE REPRESSON DE WEINBERGER (WRQ)

Le questionnaire ici présenté (Paget, Consoli, Carton, 2010) est le seul à notre connaissance portant sur la répression d'émotion, et un des rares concernant les émotions qui puisse s'adresser à la tranche d'âge qui nous préoccupe puisque la population adulte domine largement ce type d'études. Dans une perspective cognitive, la « répression » caractérise la faible disposition à l'anxiété chez le sujet, la stratégie cognitive consisterait à répondre de la façon la plus socialement acceptable, évitant l'expression d'émotions négatives; dans notre épistémologie il s'agit de « négativer » les expériences désagréables. Un questionnaire avec des échelles et sous échelles distinctes se justifie par l'existence de composantes cognitives prenant en charge les émotions différentes, et pouvant se dissocier entre elles. Les échelles et sous-échelles ambitionnent de distinguer quelque peu ces composantes et ladite dissociation. Dans cette optique, la répression est un trait de personnalité, même si en même temps l'effort de répression donne quelques signes physiologiques (augmentation de la fréquence cardiaque par exemple) de la contrainte dans laquelle est alors de sujet de *« tour à tour choisir des stratégies d'évitement d'émotions négatives et de pensées relatives à leur estime de soi défailante, ou à privilégier une attitude d'affrontement de ces pensées visant à améliorer leur image aux yeux d'autrui et à éviter la désapprobation sociale »* (Carton, 2006, p127).

La question de la répression dans ce questionnaire apparaît dans une épistémologie décalée de la démarche initiale. Pourtant, ce questionnaire semble avoir une pertinence dans la recherche d'objectivité d'évaluation. Il est issu des travaux de Weinberger et al (1979), qui, à partir d'études sur les réactions comportementales face au stress, vient questionner la prise en compte de l'émotion associée. La validation initiale du questionnaire et sa traduction se sont faites pour des sujets âgés de 10 à 65 ans, nous permettant une éventuelle utilisation pour des patients de la tranche d'âge qui nous intéresse.

Dans ces études, les comportements des sujets sont considérés comme stratégie d'adaptation face à un stress, coping. Le sujet tente à la fois de répondre et de satisfaire l'attente sociale (désirabilité sociale), en « gérant » la tension anxieuse générée entre ses propres attentes, désirs, et la nécessité de réagir au stress. Weinberger cherche dans ses études à croiser stress, anxiété, traits de personnalité, réponse comportementale (coping), expression d'émotion et enfin répression de l'émotion. Il envisage que la répression de l'émotion (l'émotion étant là c'est son expression qui est empêchée) serait davantage une défense contre l'angoisse (suscitée par l'émotion), alternative à un comportement in fine « choisi » (subjectivé) par le sujet pour réagir face aux demandes sociales (Weinberger et Davidson 1994). Alors, l'alexithymie telle que proposée par Sifnéos (1973); défaut de mots pour décrire ses états émotionnels, serait conséquence de cette répression d'affect, et non absence d'affect. Dans une perspective psychosomatique, les descriptions de Sifnéos relatives à la pensée des sujets alexithymiques correspondent d'ailleurs assez bien aux patients concernés par notre recherche, avec en particulier faible imaginaire, pensée opératoire, sensation de vide compensée par des comportements auto-calnants; ou par une invasion du négatif selon nos hypothèses.

Dans les hypothèses de Weinberger, les sujets les plus « répresseurs » seraient ceux conjuguant une moindre sensibilité à l'anxiété (du moins en apparence au regard des comportements) et un plus grand désir de se conformer à la demande sociale. Ce qui nous intéresse ici est le questionnaire de répression de l'émotion que Weinberger a proposé, traduit et validé en français (Paget, Consoli, Carton, 2010). Dans les explicitations qui suivent se sont donc les apports de cette dernière référence qui sont considérés. La répression telle qu'envisagée par Weinberger s'accorde assez bien avec la défense en répression dans la métapsychologie qui est la nôtre, comme une mise à l'écart de pulsions dont une prise de conscience aurait été ébauchée, puis repoussée. Selon les termes de Laplanche et Pontalis (1967) le caractère conscient de l'opération fait que « *le contenu réprimé devient simplement préconscient et non pas inconscient* » (p 419). Nous avons indiqué ailleurs l'hypothèse qu'une forte répression des affects et de l'agressivité s'accompagne d'un coût économique immense pour Franck (Branchard, 2013), qui finalement modifierait l'expression de sa souffrance vers des déséquilibres psychosomatiques tout en paraissant plus « affecté ». Aussi, l'approche cognitive

présente la répression comme effort pour répondre de façon socialement acceptable, défaut d'authenticité dans l'expression des affects, évitement des conflits comme une caractéristique de trait de personnalité. Cette théorisation supporte les rapprochements avec les descriptions de personnalités «*comme si*»¹⁴. Ce point est très comparable aussi à la présentation en « faux self » (Winnicott, 1960), comme distorsion précoce dans le développement du Moi dans la rencontre avec le monde, et solution de tenter de répondre au monde dans un équilibre d'adaptation finalement jamais trouvé, pouvant signer une incapacité à être seul plutôt qu'une « capacité à être seul » (Winnicott 1958).

Ces personnalités sont décrites alors dans la métapsychologie freudienne. Dans la référence à Winnicott, une part de faux self existe chez le sujet sain; dans les cas pathologiques au mieux le faux « self » dissimule le vrai « self » » (Ibid, p126), au pire le faux self préside à l'expression du sujet par défaut de vrai self constitué. Le faux « self » est dans les deux cas conséquence d'une négativité. Les liens théoriques peuvent se faire ici, en particulier en mettant en perspective l'idée cognitive de comportements socialement acceptables en répression d'autres comportements peu acceptables d'une part, avec le concept de faux « self » trop envahissant au regard du vrai « self » spontané, le faux « self » étant ici « *représenté par toute l'organisation que constitue une attitude sociale polie, de bonnes manières et une certaine réserve* » (ibid, p119).

Il faut présenter ici le questionnaire qui semble pouvoir mettre à l'épreuve certains aspects de nos hypothèses cliniques, il est présenté en annexe page 339. Ce questionnaire est une autoévaluation en 84 items. À une affirmation posée (par exemple « *J'apprécie la plupart des choses que je fais pendant le week-end* » pour l'item 1), le sujet en évalue la pertinence pour lui-même selon une cotation selon 5 gradations: faux, plutôt faux, incertain, plutôt vrai, vrai pour les items 1 à 45 (partie plus centrée sur les ressentis); puis les 5 gradations: jamais, rarement, parfois, souvent, toujours pour les items 46 à 84 (partie plus centrée sur les pensées). Pour ces deux types de gradation les points affectés en cotation sont respectivement 1, 2, 3, 4, 5 points; avec des cotations de

¹⁴ Il s'agit selon les articles de Deutsch en 1934; de sujets à l'éducation parfaitement réussie qui s'accompagne d'un défaut d'éprouver les affects et d'une répression, sans plainte des patients pour qui cela est inconscient et croyant cette anesthésie commune à chacun, et en 1965, où H.Deutsch insiste à propos des équilibres de personnalité, « *sur le fait que le « comme si » est une forme de fonctionnement du moi qui apparaît dans diverses situations, normales aussi bien que pathologiques* », p295.

points inversées pour les items eux-mêmes inversés pour éviter les biais des automatismes dans les réponses. Trois items testent la validité de l'évaluation pour le sujet, les autres items permettent une évaluation en 10 sous-échelles elles-mêmes rassemblées sous 3 échelles. Le score d'une échelle est l'addition des sous échelles. Ce questionnaire recèle comme biais habituel dans ce genre d'échelle que les évaluations qualitatives (faux, plutôt faux...) sont cotées avec écarts de points (1 point, 2 points...) alors que l'on ne peut s'assurer que l'écart quantitatif accordé (1 point dans notre exemple) reflète fidèlement l'écart qualitatif de vocabulaire (entre faux et plutôt faux) ou pour le patient. La validation de cette traduction est pourtant tout à fait acceptable entre les sous échelles (avec plus de 1000 sujets), ainsi qu'entre échelles (Paget, Consoli, Carton, 2010). La validité est la meilleure entre les échelles « maîtrise de soi » et « détresse », alors que c'est précisément ces 2 échelles qui vont nous intéresser. Le tableau ci-dessous donne une vision des répartitions des items selon les échelles et sous-échelles.

Tableau 1 : Traduction et validation française du questionnaire de répression de Weinberger; tableau résumant la répartition des items.

TRADUCTION ET VALIDATION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE DE RÉPRESSION DE WEINBERGER (Paget, Consoli, Carton, 2010), selon 84 items.	
ÉCHELLES	SOUS-ÉCHELLES
"détresse" 29 items	"anxiété" 8 items
	"dépression" 7 items
	"faible estime de soi" 7 items
	"mal être" 7 items
"maîtrise de soi" 30 items	"répression de l'agressivité" 7 items
	"contrôle de l'impulsivité" 8 items
	"considération pour autrui" 7 items
	"sens de la responsabilité" 8 items
"lutte défensives" 22 items	"dénégation angoisse" 11 items
	"défenses répressives" 11 items
échelle de validité 3 items	

Dans les hypothèses de Weinberger, la maîtrise de soi est corrélée positivement à l'effort de socialisation du sujet; alors qu'une forte sensibilité à la détresse tend à faire « hyper réagir » les sujets et une faible sensibilité à la détresse tend vers une « hypo réaction », une certaine passivité jusqu'à un risque « antisocial ». La traduction du questionnaire de Weinberger reprend alors la validité du score de répression; obtenu comme suit: score de répression= score de l'échelle « maîtrise de soi »/3+score sous échelle « défenses répressives ». À condition d'un score « maîtrise de soi » supérieur à 133 et d'un score détresse (sensibilité à la détresse en fait) inférieur à 63, les sujets seraient qualifiés de « répresseurs » s'ils obtiennent un score supérieur ou égal à 81

selon le calcul ci-dessus. L'hypothèse est la suivante: une sensibilité à sa propre détresse est compensée par un important effort de maîtrise de soi (émotion comprise), et vient caractériser particulièrement la répression.

Dans notre hypothèse, la présentation clinique « en négatif » des patients, qui comprend une faible expression d'affects, des tentatives de contrôle de soi (en comportement débordant ou en inhibition), un évitement des perceptions de sa propre détresse... fait penser que ces mêmes patients devraient obtenir un score de répression à la traduction française du questionnaire de Weinberger. Dans ces propres recherches Weinberger (1979 et 1994) a corrélé positivement les résultats du score de répression à des échelles de mesure d'anxiété, de dépression, mais aussi d'alexithymie. Même si les patients concernés diffèrent alors de notre étude, le lien entre répression d'émotion et alexithymie nous intéresse particulièrement ici.

5.2 LE QUESTIONNAIRE D'ALEXITHYMIE POUR ENFANTS (QAE)

Le questionnaire d'alexithymie pour enfants (QAE) se centre plus spécifiquement que celui de Weinberger sur l'alexithymie. Si les échelles qui ambitionnent la mesure de l'alexithymie sont assez nombreuses, le QAE est le seul à notre connaissance qui concerne la tranche d'âge de notre recherche. Le QAE est une adaptation pour enfant « tout venant » dans une tranche d'âge 9-16 ans de la TAS 20, dite aussi échelle de Toronto (Parker, 1993), plus connue et ancienne, pour les adultes. Une autre échelle connue, non utilisable ici à nouveau pour notre tranche d'âge est l'échelle d'alexithymie de Bermond-Vorst en 40 items (BVAQ 40; Bermond, 1999), elle présente comme autre inconvénient d'être originellement en langue hollandaise alors que les traductions débutent à peine. Cette échelle est à citer puisque les échelles TAS20 et BVAQ sont fréquemment utilisées comme test de contrôle, de validité entre elles, chacune étant censée se corréler positivement avec l'autre. L'échelle de Parker (TAS 20) fait suite au développement du concept d'alexithymie inauguré par Sifnéos (1973). La pensée opératoire, le défaut de verbalisation sur les émotions, la pauvreté fantasmatique sont au premier plan. L'alexithymie n'implique pas manque d'émotion, mais manque de

verbalisation ou d'activité symbolique permettant son expression. Cette précision semble harmonieuse avec notre préoccupation pour le négatif, comme effort pour ne pas laisser s'exprimer quelque chose qui pourtant est là. In fine cela conforte l'intérêt transnosographique du concept d'alexithymie comme soutenu par Pirlot et Corcos (2012).

La QAE présentée ici est donc une version française et infantile de la TAS 20. Les validations francophones et infantiles débutent à peine; avec des résultats qui semblent rendre la QAE utilisable dans notre propre démarche. En particulier, les résultats en populations infantiles semblent stables entre les divers pays. En tout cas ceux pour les pays francophones (Lahaye, Luminet, Broeck, Bodart, Mikolajczak, 2010) correspondent à ceux de la version anglophone (Rieffre, Oosterveld, Meerum Terwogt, 2006). Également, les résultats entre les sous échelles semblent assez stables, exceptés pour une: « *tendance à avoir des pensées tournées vers l'extérieur* » notée EOT. In fine, il est recommandé par les auteurs de ne juger comme fiable que la cotation globale finale, alors que la comparaison entre elles des sous échelles comporterait éventuellement un biais (Zimmermann, Quartier, Bernard, Salamin, Maggiori, 2007, concernant les 14-19 ans et Loas, Dugré-lebigre, Fremaux, Verrier, Wallier, Berthoz, Corcos, 2010 pour les 9-16 ans)¹⁵.

Le QAE se présente sous la forme de 20 affirmations par rapport auxquelles le sujet doit se situer selon une cotation qualitative en 3 gradients (« ce n'est pas vrai », « c'est un peu vrai », « c'est tout à fait vrai ») (contre une échelle de lickert à 5 gradients pour la version adulte), ensuite convertis quantitativement par une note, respectivement 0, 1, 2 points. La note maximale est donc de 40 points, 5 items sont inversés (ils mesurent la « non alexithymie » et ont donc une notation de 2-ancienne valeur). Le sexe ne semble

¹⁵ Notons que l'écart type pour le score global est presque le double chez les 14-19 ans (9,04 ou 9,19 selon le sexe) que dans l'étude chez les 9-16 ans (5,37 ou 5,68 selon le sexe), suggérant de plus grandes variétés individuelles en fin d'adolescence alors que les scores d'alexithymie semblent baisser avec l'âge dans cette période de la vie. Les auteurs utilisant la QAE évoquent en premier lieu un rôle préventif et de dépistage des résultats à l'échelle, la confrontation avec la clinique ne venant qu'ensuite. En particulier, il n'y a pas consensus au sujet des liens entre l'alexithymie et la psychopathologie (sur la chronologie ou l'association de symptômes, malgré des hypothèses qui cherchaient à associer l'alexithymie à des troubles dépressifs, anxieux, ou de plaintes somatiques...).

pas affecter particulièrement les scores, respectivement en population « tout venant » de 17,32 point avec un écart type de 5,37 pour les garçons, et 16,81 points pour un écart type de 5,68 pour les filles (Loas et al., 2010, p305). Suivant les recommandations des auteurs, nous ne considérerons que la note globale, et ne pourrions discuter d'alexithymie avant un score d'au moins 28 points (soit un écart à la moyenne d'au moins 2 écarts types), alors que les scores seuils n'ont encore pu être définis dans des études globales chez les enfants et adolescents. Les 20 affirmations sont classées selon les sous échelles suivantes: « difficulté à identifier les émotions » 7 items (n°1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), « difficulté à décrire ses émotions » 5 items (n°2, 4, 11, 12, 17), « tendance à avoir des pensées tournées vers l'extérieur » 8 items (n°5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20), les 5 items inversés codant la « non alexithymie » sont (n°4, 5, 10, 18, 19). Le QAE est reproduit en annexe page 338.

5.3 L'EVALUATION DES POINTS D'APPUI AU SOL

La difficulté essentielle est que l'évaluation de sensations passe par une médiation, au minimum verbale, alors qu'il est peu possible d'évaluer une sensation isolée de toutes les autres même si l'on parvient à supprimer quelques biais. De nombreux tests prétendent évaluer une compétence sensorielle. Ces épreuves sont très utilisées par les psychomotriciens qui, parfois, négligent de relativiser les résultats à partir des biais cités plus haut. Pour exemple, le test d'imitation de gestes (Bergès, Lézine, 1963) est considéré comme déterminant pour évaluer la proprioception. Cependant cette épreuve sollicite plus que les compétences proprioceptives ; mais aussi la vision, l'imitation, l'attention, la compréhension verbale, alors que émotion et relation qui n'y sont pas évaluées peuvent cependant influencer les résultats. Les biais évoqués ici sont inévitables, au minimum une médiation (verbale la plupart du temps) et une relation existent au sein d'une évaluation.

Un biais minimum concernant l'attention sensorielle à soi avec une certaine restitution se trouve dans l'évaluation des points d'appui au sol. Le sujet, couché sur un matelas, doit citer avec précision les points d'appui de son corps. Après avoir proposé au sujet de s'allonger sur le dos en position de détente, le clinicien suggère une forte

respiration qui peut faciliter l'attention à soi, mais surtout un peu de détente musculaire.

La consigne est la suivante: « *je vous demande de m'indiquer avec le plus de précision possible les points d'appui de votre corps* ». Si un silence laisse penser que le sujet n'a pas compris, la consigne verbale suivante est ajoutée: « *les points d'appui sont les endroits du corps qui touchent le matelas* ». Cette épreuve comporte de nombreux avantages : rapidité, simplicité de consigne et de réponse ramenant le biais verbal au minimum, absence de médiation écrite ou d'objets à utiliser. J'ai régulièrement utilisé cet item dans la clinique avec quelques réponses alimentant les hypothèses psychopathologiques. Par exemple certains patients ne citent pas le dos ou la tête (ou uniquement), ou affirment dans cette position que leur ventre est un point d'appui au sol! La simplicité de l'item s'adapte ici à la fois à la question d'une évaluation sensorielle et à la difficulté pathologique des patients « en négatif », plus que laconiques la plupart du temps. Après la dénomination, il est demandé au sujet de montrer sur un pantin modèle les endroits cités. Ceci permet de vérifier l'anatomie des endroits cités, mais aussi la capacité à projeter à l'extérieur une expérience qui vient d'être vécue. Éventuellement, certaines discordances entre appuis cités et démontrés alimenteront les hypothèses psychopathologiques.

Malheureusement, il ne sera pas possible de confronter cette évaluation avec des références statistiques puisque ce type d'évaluation ne semble pas soulever des idées de recherches. Nous empruntons cette évaluation à la seule étude impliquant ce type d'approche à notre connaissance. Elle concerne des patients adultes avec un diagnostic de schizophrénie, où « *nous notons une diminution du nombre d'appuis cités et un manque de précision pour les zones corporelles nommées (prépondérance des appuis généralistes au détriment des appuis de détails)* » (Treillet, Rouyère, Mechler, 2008, p9).

Cette diminution du nombre d'appuis cités serait à confronter avec une moyenne de 8 appuis en population adulte témoin saine relevée dans l'étude citée. Ces auteurs relèvent également des défauts de perception des sensations intéroceptives (détente, fréquence cardiaque, respiration); le dedans est-il nié? Dans notre hypothèse, les sensations étant éventuellement rappel de menace d'agonie pour le sujet, confusion dedans dehors, le

patient « négatif » devrait également « éviter au mieux » ce rappel par une diminution de ce nombre d'appuis cités.

5.4 ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES

Il ne s'agit pas ici d'une épreuve quantitative, et aucune appréciation statistique ne pourra alors émerger de cet outil. Ce biais permet une certaine liberté pour adapter les items. Ici, la recherche d'évaluation perd en objectivité « chiffrée », mais vient approcher (en limite) une expression libre du patient sur son corps; la moins affectée possible par des réponses verbales intellectualisées. Les résultats et leur utilité sont alors à confronter aux évaluations plus quantitatives citées plus haut; ainsi qu'à la clinique. Le questionnaire est extrait d'une recherche clinique spécifique visant à évaluer les rapports entre schéma corporel et image du corps dans une population d'enfants à pathologies limites (Moyano, 2004). Cette référence alimente la présentation de l'évaluation ci-dessous. Les représentations du corps et leurs perturbations devaient alors permettre de discuter une évaluation clinique différentielle entre un défaut d'élaboration de position dépressive d'une part, et une organisation dysharmonique d'autre part. Le protocole d'évaluation, non coté lui-même, comprenait un dessin du bonhomme, un questionnaire corporel, et l'élaboration du rapport du sujet à son corps à partir d'un conte (le conte de la fourmi de Royer). Les contes peuvent être utilisés comme « test », dans leur rôle de support externe fourni à la personne favorisant un travail projectif (Royer, 1978). L'entretien sur les représentations corporelles que nous choisissons a in fine les quatre composantes suivantes:

- dessin du bonhomme
- questionnaire corporel
- conte de la fourmi
- conte de l'ourson pas pareil (ce conte est ajouté à l'étude initiale de Moyano, 2004).

A- Dessin du bonhomme: « *le plus joli et le plus complet possible* »; conformément au protocole initial il est demandé à l'enfant d'annoter les parties du corps connues, ou

bien que l'examineur note selon les dires de l'enfant. Les commentaires sont recueillis. Le dessin du bonhomme est assez classique dans les évaluations, à la croisée des enjeux narcissiques, de schéma corporel et d'image du corps, et laisse une liberté à l'enfant.

B- Le questionnaire corporel

L'utilité du questionnaire est ici de suggérer un questionnement entre le dedans et dehors du corps, ainsi qu'entre les composantes cognitives, fonctionnelles, sensorielles, instrumentales, fantasmatiques et relationnelles du corps (Moyano, 2004). Dans l'esprit de l'article initial, le protocole devient un entretien semi-structuré (malgré le risque de réponses laconiques), permettant d'obtenir éventuellement quelques valeurs projectives à partir des réponses et commentaires. Le questionnaire est le suivant:

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

- a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?
- b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?
- c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?
- d- On peut faire quoi avec son corps?
- e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)
- f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)
- g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?
- h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?
- i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

C- Le conte de la fourmi

Ce conte n'existe pas dans la première étude de Royer (ibid), et est investi ensuite dans une étude statistique qui compare enfants tout venant et enfants dits « dysharmoniques » (Tichey de, 2010). Le test des contes est ainsi devenu un test projectif à part entière; dont la passation n'est pas obligatoirement complète (plus de 20 contes). Le conte de la fourmi semble le meilleur choix dans notre démarche puisque il

active un contenu latent autour de l'image du corps et de l'identité narcissique de l'enfant, prises dans des enjeux de relation. Ce conte fait partie de l'évaluation des représentations corporelles de l'étude initiale (Moyano, 2004). Le conte de la fourmi repris par de Tichey devient support projectif pour le sujet, sollicité dans la description sur et dans le corps des trajets ou actions de la fourmi. Dans son étude, sont notées des différences significatives statistiques (pp 104-105) entre groupe de « normalité » et groupe de « dysharmonies ». Les caractéristiques suivantes sont davantage marquées pour la tranche d'âge 11-13 ans que pour la tranche 6-10 ans (les différences sont encore moins nettes pour les 4-5 ans qui ne concernent pas notre étude). In fine les différences caractéristiques repérées par de Tichey (pp109-111) sont:

-1- « Signes de normalité » pour:

- Arrivée de la fourmi par une extrémité
- Absence de confusion dedans-dehors pour les trajets externe comme interne de la fourmi.
- Riches évocations sensorielles
- Entrée et sortie de la fourmi par un orifice naturel
- Verbalisations à la fois positives et négatives sur les vécus sensoriels
- Dénouement optimiste

-2- « Signes de problèmes » pour:

- Arrivée de la fourmi par une partie du corps à valeur symbolique (par exemple le cœur) ou régressive
- Confusions dedans-dehors pour les trajets externe comme interne de la fourmi
- Pauvreté des références évoquées
- Choix de modalité d'entrée ou sortie du corps par la fourmi de nature problématique
- Incapacité à évoquer des choses belles ou pas belles (ou relatif clivage)
- Incapacité à mettre en scène des affects de plaisir
- Dénouement pessimiste

Le conte est le suivant:

Il est explicité à l'enfant qu'il va être sollicité à partir du début de l'histoire suivante: « Un garçon (ou une fille selon le sexe de l'enfant) s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?
- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit... et puis...
- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? Et puis... Alors à la fin elle ressort par où?
- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? Qu'est ce qui était beau? Et pas beau?...
- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? Où?
- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Pourquoi apporter une dimension projective dans l'évaluation?

Un paradoxe semble exister ici dans la proposition d'une évaluation projective. Si dans nos hypothèses nous supposons que l'objet n'est pas ou peu intégré, il ne faut pas s'attendre à en retrouver trace dans un test projectif. En fait de travail psychique d'introjection/projection, il faut envisager qu'un défaut complet d'introjection n'existe pas, du moins dans la population que nous étudions ici. De même, l'idée une projection complète et explicite de la qualité de l'objet ou de la relation à celui-ci serait excessive. Avec l'idée de l'envahissement de la négativité à la psyché, les éléments projetés dysharmonieux, incohérents ou manquants viendront précisément nourrir la réflexion. Nous avons argumenté en début du chapitre sur la méthodologie notre choix de ce test plutôt que le Rorschach. Également, les études croisant image du corps et Rorschach existent largement, mais avec l'ajout de la dimension émotionnelle chez les enfants elles sont plus que rares (moins de 20 références sur psychInfo en février 2013 en croisant alexithymie, Rorschach, et enfance en langue anglaise et française). Les études orientées vers les adultes sont plus nombreuses. Pour ce qui est de notre tranche d'âge, quelques psychopathologies spécifiques sont ciblées (hyperactivité ou à partir de violence subies par exemple), mais hors de notre étude. Enfin, les études restantes et approchant notre

angle de vue utilisent le Rorschach essentiellement dans une idée diagnostique, cherchant à partir de certains facteurs du test à repérer les critères de dépression et d'émotion mais ignorant les questions des limites du côté de l'image du corps (Pfefferbaum, Mullins, Rhoades et al., 1987 et Acklin, 1995 croisent Rorschach et enfant dit « borderline », également Mariage, Cuynet, Godard, 2008). Sur cette dernière étude, les auteurs concluent à une trop grande disparité des résultats pour relier alexithymie, caractéristiques au Rorschach et symptômes spécifiques à leur population adulte (obésité).

Pour notre étude, le test des contes apporte la possibilité d'un entretien semi-structuré. Également, le conte de la fourmi apporte un contenu latent pré-œdipien. Pourtant, il y a intérêt à utiliser un test projectif à contenu latent plus œdipien. Le test de « l'ourson pas pareil » semble approprié. Il suit immédiatement le test de la fourmi dans le test des contes structuré selon le développement dynamique (Tichey de, 2010), mais renvoie à un contenu latent de rapport d'infériorité, de différence intra et inter générationnelle, ainsi que de fiabilité et qualité narcissique. Dans nos hypothèses, les réponses au conte de « l'ourson pas pareil » devraient montrer des « signes de problème ». En effet, le conte active des enjeux œdipiens que nous croyons peu élaborés pour les enfants en abus de négativité. Les réponses à ce conte devraient alors comporter de nettes défaillances, puisque les assises précédentes testées dans le conte de la fourmi devraient également marquer de grandes difficultés. In fine, le conte de « l'ourson pas pareil » devrait apporter peu d'éléments mais viendrait servir de contrôle de fiabilité des éléments récoltés par ailleurs, en particulier ceux du « conte de la fourmi ». Des réponses adaptées au conte « ourson pas pareil » mais peu adaptées pour celui de « la fourmi » viendraient remettre en cause nos hypothèses et orienter la discussion dans un sens différent. L'ajout de ce conte à l'entretien sur les représentations corporelles se justifie pour notre démarche.

D - Le conte de l'ourson pas pareil

Ce conte active donc un contenu latent autour d'enjeux narcissiques placés dans un contexte œdipien (générations et fratrie). Les données statistiques (Tichey de, 2010) montrent moins de différences caractéristiques entre les groupes dits « normaux » et

ceux dits « dysharmoniques ». À l'inverse du conte précédent, les différences les plus nettes le sont pour l'âge plus jeune de 4-5 ans. Ce point doit rendre prudent sur l'interprétation des réponses, mais renforce le rôle de contrôle de ce conte au regard de celui de la fourmi. Fidèlement à l'étude initiale (pp118-119), nous notons tout de même les différences à prendre en compte éventuellement:

-1- « Signes de normalité » pour:

- Différence sur un critère de couleur
- Appréciation aimante des parents.
- Dénouement optimiste (critère très caractéristique)

-2- « Signes de problèmes » pour:

- Disparité vécue défavorablement par l'ourson
- Appréciation défavorable d'un ou des deux parents
- Dénouement négatif, à type d'isolement, rejet, destruction

Pour la tranche d'âge qui nous concerne il faut noter que les auto-perceptions négatives de l'ourson ainsi qu'une appréciation favorable ou défavorable de la part de la fratrie ne sont caractéristiques d'aucun groupe.

Le conte est le suivant:

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? (L'aimait-elle?) Et le papa ours? Et les autres oursons, frères et sœurs? (Pour un enfant unique, dire « ses camarades ») Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il?
- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?
- Comment se termine cette histoire?

Dessin du bonhomme « le plus joli et le plus complet possible », questionnaire corporel et échanges autour des contes de « la fourmi » et « ourson pas pareil » sont des éléments à confronter entre eux. Pour les sujets concernés par la présente étude, le risque laconique est très présent à nouveau sur le conte. Cependant, dans nos hypothèses

nous devrions repérer quelques données sur l'incertitude de fiabilité du corps, confusions dedans dehors, rejet des affects qui pourraient être engendrés par les actions de la fourmi¹⁶. Dans d'autres développements de l'approche, l'auteur indique l'utilité de conserver l'ensemble du protocole. Les aspects affectifs, projectifs, cognitifs sont plus ou moins marqués selon les items (dessin, questionnaire, conte), mais existent dans les trois, ce qui conduit à des confrontations cliniques riches. Ces développements amènent l'auteur à renommer ce protocole « entretien sur les représentations corporelles » (Moyano, 2009), essentiellement utilisé dans le cadre d'enfants évalués en protection judiciaire de la jeunesse après passages à l'acte.

Dans l'esprit d'un entretien semi-structuré, des commentaires et compléments sont sollicités à partir des réponses aux contes, qui sont notées verbatim, sujet par sujet à partir de la page 282. Le risque laconique est partiellement évité à partir d'un autre risque, celui de l'aspect suggérant des réponses à partir des questions (« beau-pas beau » etc...). L'équilibre est difficile à trouver, et il est choisi ici de rester au plus près du protocole originel (voir, Moyano, 2004, pp 517-518) hors la modification des questions fermées en questions ouvertes, et l'ajout du conte de l'ourson pas pareil.

5.5 HYPOTHESES OPERATIONNELLES

Nous avons souligné l'utilité des questionnaires de répression et d'alexithymie, indiquant que des épistémologies pourtant distinctes (cognitive et psychanalytique), pourraient bien ici s'intéresser à des dynamiques psychiques comparables.

Dans nos hypothèses opérationnelles, le patient « négatif » pourrait conjuguer une présentation clinique en négatif (selon les expressions cliniques que nous avons présentées), un score de répression, un score d'alexithymie, peu de points d'appui cités

¹⁶ Nous convertissons les questions initialement fermées a, b et c (par exemple « *peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?* », in Moyano, 2004, p517) en questions ouvertes pour accentuer la liberté de projection du sujet. Cette modification du protocole initial nous semble un biais raisonnable avec l'espoir de baisser le risque laconique, sans altérer la démarche initiale de l'auteur pour lequel il n'y a pas de données statistiques globales par ailleurs.

(sensorialité « négativée » elle aussi). Également, l'entretien sur les représentations corporelles devrait révéler des confusions dedans-dehors, et/ou un « effacement » de la « limite/surface » du corps (peau en particulier, fonction ou organes sensoriels), une pauvreté dans l'élaboration de réponses laconiques (peu projectives), éventuellement des projections narcissiques de fragilité et/ou de dévalorisation des qualités du corps. Le conte « ourson pas pareil », plus « œdipien » que le premier, devrait révéler les mêmes difficultés que le conte de « la fourmi », puisque dans notre hypothèse générale les ébauches de travail psychique autour de l'œdipe seraient empêchées ou marquées par des difficultés psychiques préalables. Les évaluations sous les quatre angles (questionnaire de répression, questionnaire d'alexithymie, évaluation des points d'appui, entretien sur les représentations corporelles), seront confrontées entre elles, ainsi qu'entre les éléments cotés et les éléments non cotés. In fine, ces évaluations sont encore à croiser avec les impressions cliniques beaucoup plus subjectives, qui engagent davantage le clinicien, particulièrement pour les quatre sujets présentés en cas cliniques.

Pour mener au bout la confrontation d'arguments autour d'une petite collection de cas cliniques, le protocole sera proposé assez largement à un groupe d'enfants de même âge consultant au même CMP, mais ne rassemblant pas les indices d'une psychopathologie négative (pensée opératoire, inhibition, langage laconique). Les résultats des quatre cas cliniques pourront ainsi se réfléchir sous le double regard d'un groupe « tout venant psychiatrique » et de la dynamique thérapeutique pour chacun d'entre eux.

6- RÉSULTATS

6.1 PRESENTATION DES RESULTATS DES DIVERS CHAMPS DE LA METHODOLOGIE

Les résultats sont présentés sans discussion, proposée dans le chapitre 8 (Discussion) à partir de la page 237. Dix-huit pré-adolescents ont accepté de participer à notre étude. Le groupe est constitué de rencontres en psychiatrie publique selon les demandes et/ou orientations d'autres professionnels. Il fut impossible d'en contrôler la constitution et nous constatons un déséquilibre en terme de sexe ratio: 3 filles pour 15 garçons âgés de 9 ans 2 mois à 15 ans 5 mois (moyenne: 12 ans). Nous souhaitions un groupe mieux équilibré et plus grand mais avons dû circonscrire notre recherche à ses conditions cliniques des rencontres ambulatoires en psychiatrie publique, ainsi qu'à des critères éthiques. Nous avons renoncé à proposer le protocole à quelques patients espérant préserver la possibilité d'une rencontre thérapeutique. Il en va de même de la tranche d'âge qui gagnerait à notre avis à être plus circonscrite (ou faisant plusieurs groupes, par exemple 10-12 ans et 13-15ans). Les processus psychiques propres à l'adolescence peuvent influencer les réponses des plus âgés de notre étude.

6.1.1 Résultats au questionnaire de répression de Weinberger (WRQ)

Les résultats à ce questionnaire sont produits sous forme de tableau au sein de l'annexe page 275. Dans ce questionnaire 3 items servent à vérifier la validité de l'ensemble, par des questions qui induisent une réponse sans équivoque; par exemple « je réponds à ces questions en disant la vérité ». Sur les 18 protocoles, 8 sont invalidés par les réponses à ces items (presque la moitié!). Nous nous sommes questionné sans réponse sur cette forte proportion de protocoles invalides: mode d'explicitation du test, particularités psychopathologiques, ébauches d'un transfert négatif (non au sens de notre étude mais comme une opposition adressée), mode de passation, non adaptation du test à la population concernée? Ce test est pourtant réputé valable pour notre tranche d'âge, sans contre-indication particulière (Paget, Consoli, Carton, 2010). Par ailleurs les résultats pour les tests qui sont valides sont très conformes et n'ont aucun intérêt

d'ensemble qui permette une analyse statistique. Aussi, aucun des sujets de notre étude n'obtient un score seuil de répression alors que nous attendions comme hypothèse opérationnelle que les sujets « en abus de négativité » l'expriment éventuellement par un score de répression.

6.1.2 Résultats au questionnaire d'alexithymie pour enfants (QAE)

Les résultats sont relativement homogènes pour l'ensemble des 18 protocoles. Ils sont retranscrits en annexe page 279. Seuls trois protocoles atteignent un score d'alexithymie assez haut pour permettre la discussion en ce sens. La prudence est de mise puisque il n'y pas de score seuil dans l'étude initiale (Lahaye, Luminet, Broeck, Bodart, Mikolajczak, 2010) alors que les résultats que nous obtenons ne dégagent pas une tendance nette. Kali, dont la rencontre est développée en étude de cas, obtient le plus haut score de ce test. Son résultat correspond à notre impression clinique d'une forte inhibition de l'expression affective. Il en va de même du sujet 7 qui cumule un haut score et nous donnait l'impression clinique d'une alexithymie. Ce n'est pas le cas du sujet 12 qui répond par un haut score au test alors que notre impression clinique était celle d'une certaine aisance dans l'expression des émotions. À l'inverse, d'autres sujets avec pour exemple Déimos également présenté en étude de cas ; obtiennent un score commun à ce test malgré notre impression clinique d'une pauvreté ou retenue de l'expression des émotions.

6.1.3 Résultats à l'évaluation des points d'appui au sol

La moitié des 18 sujets cite et montre les mêmes points d'appui, dans un score acceptable légèrement inférieur à la moyenne notée pour une population adulte témoin de l'étude initiale (Treillet, Rouyère, Mechler, 2008). Cinq sujets citent 1 à 2 points de plus qu'ils n'en montrent. À l'inverse un point d'appui supplémentaire est montré sur pantin par rapport à ceux cités : la tête pour le sujet 13 (Kali), les poignets pour le sujet 3, le dos pour le sujet 10 (Hector). Enfin, le sujet 18 cite 7 points : bras, mains, tête, talons, mollets, dos, colonne vertébrale, n'en montre sur modèle que 4 (il omet talons, mains, dos) et ajoute « *le tea shirt* » et « *les hanches* ». Le sujet 11 ajoute au moment de montrer « *les genoux à l'arrière* ». Les sujets 6 et 7 nomment « *le cou* ». Pendant ce test le sujet 17 bouge énormément en position couchée comme pour augmenter l'intensité

sensorielle ; pour ne citer que 4 points.

6.1.4 Résultats aux entretiens sur les représentations corporelles

Nous avons tenté de rassembler de façon systématique les résultats des 18 protocoles espérant repérer des liens répétés entre négation d'une intériorité, dégradation narcissique (ici le négatif s'oppose au positif et n'est pas un attrait vers le vide), négation sensorielle. Par exemple: des d'efforts pour nier une mise en tension sensorielle dedans-dehors pourraient « sauver » le narcissisme qui apparaît assez favorable dans le discours; serait une hypothèse soutenue par la récurrence de réponses (questions et contes) du type « c'est assez beau », « il se sent bien avec les autres » associée à des évitements sensoriels du type « ça ne fait rien », « l'enfant n'a rien senti il dormait »...

Il nous a fallu renoncer. Soit le nombre de protocoles est insuffisant pour tenter une telle mise en lien; soit il nous faut revenir à une étude plus individuelle des réponses. Ces deux positions ne s'excluent d'ailleurs pas. Nous retranscrivons donc ci-dessous, sujet par sujet, les résultats qui nous semblent se dégager de leurs réponses aux entretiens sur les représentations corporelles. Les verbatim et communications infra-verbales sont retranscrites en annexes à partir de la page 282.

Déimos, Sujet 1, garçon, 12 ans 3 mois: Le dessin du bonhomme est dépourvu d'organes sensoriels. Le dessin montre un bonhomme lui-même « évidé », sans détail ou trait vestimentaire. Le questionnaire corporel nous semble refléter par quelques détails à la fois un certain contrôle « en précision » et l'investissement défensif de Déimos vers la connaissance, l'intellectualisation. Les « bactéries », réponse inhabituelle, relèvent-elles de cette intellectualisation ou viennent-elles marquer une porosité de l'enveloppe du corps? La fragilité du corps est « l'intérieur », et la rupture de limite dedans-dehors est un indice de gravité (Tichey (de), 2010) : « *si on touche le ventre ça fait mal, mais si il est ouvert ça fait plus mal* ». Pourtant l'intérieur est craint, mais en même temps un attracteur. À l'inverse la solidité du corps est liée à une partie dure (dent). Il en va de même des muscles « *tendus qui deviennent solides et durs* ». Le solide ; c'est le dur. Aucune articulation n'est citée (mise en mouvement). Quelle introjection d'un soi solide a échoué chez Déimos, rendant sa perception du solide

dépendante de la réalité externe des sensations ? L'angoisse semble se lier à un corps qui n'a pas assez (à manger) ou fait mal (s'il est « *ouvert* », l'enveloppe n'est pas fiable non plus, alors que la fourmi arrive par l'oreille : orifice non sphinctérisé), alors que les dents supposées solides tombent. Le solide n'est pas fiable, il y a un risque de perte, de chute. Le voyage de la fourmi à l'intérieur du corps est assez terrifiant: « *étrange* » et « *difficile à comprendre* », la fourmi « *se tape* » et se « *cogne* », avec un « *mystère* » terminal. La sensation désagréable et l'angoisse envahissent le garçon et la fourmi à l'intérieur (angoisse de l'enfant par rapport à l'intérieur projetée dans le test), et la fin du conte est un soulagement car c'est la peur qui domine le vécu de la fourmi. Un certain clivage sensoriel « douloureux » apparaît, alors que les vécus agréables comme la solidité du corps (surtout l'intérieur) sont absents. Le conte de l'ourson pas pareil nous semble marquer des projections moins archaïques. La honte domine l'ourson pas pareil; avec une fin positive. Le dedans et la mise en tension dedans-dehors ne semblent pas faire l'objet d'une négativité; mais d'un clivage (du côté désagréable, douleur) qui exprime la qualité de l'angoisse du garçon; douleur innommable, chute... L'intellectualisation utilisée par l'enfant peut correspondre alors selon nous à une négativité secondaire ; défense cherchant à empêcher toute tension relevant du corporel et des affects.

Sujet 2, garçon, 13 ans: L'issue des contes est positive dans un protocole globalement pauvre. Les enjeux narcissiques semblent en avant, assez dévalorisés mais non clivés pour autant: « *tête méchante* » (mais clin d'œil) au dessin du bonhomme. Les enjeux narcissiques apparaissent aussi à l'entretien lui-même « *nez moins large* », « *mal aux bras* », ainsi, que dans les réponses au conte de l'ourson (différence corporelle, acceptation, moquerie). L'intérieur existe avec des idées de « *solide comme du béton* », « *ça sentait mauvais* » (2 fois), éventuellement « *des déjections* » relevant probablement de processus de l'analité. Les habits sont considérés comme parties du corps vues de l'extérieur ; les vêtements remplacent-ils la peau dans une confusion dedans-dehors ? À part la douleur « *mal aux bras* » le sujet nous semble négativer non pas l'intérieur mais les sensations: « *c'est tout noir* », « *je sais pas* », l'enfant ne sent « *rien, il dormait* ». Affects positifs et désagréables se mêlent « *mal aux bras* » et « *je joue [] ça m'éclate* » et se lient aux expériences réelles, à l'histoire du sujet.

Sujet 3, fille, 10 ans 5 mois: le dessin du bonhomme exprime une émotion non verbalisée, et le sujet tient à préciser l'emplacement du ventre « *ici surtout* ». L'existence d'un dedans nous semble évité; « *dedans? Je m'en rappelle plus* », « *je sais pas* ». La répétition de « *je sais pas* » nous apparaît comme une façon à la fois de nier l'angoisse de penser un dedans et/ou une tension sensorielle entre dedans et dehors; sauf pour la gorge « *ça chatouille* » et le mal « *dans le ventre* » (lien avec le dessin?). Les « *je sais pas* » s'appliquent également à la fin des contes, avec une normalisation pour l'ourson pas pareil qui finit quand même par devenir comme les autres après s'être trouvé « *un petit peu mal* ». La notion de corps fragile renvoie à une idée de coupure et de chute, alors que les notions de corps solide et d'endroit préféré du corps créent recherche visuelle avant réponse (sur elle puis sur l'examineur), émotion (elle rougit), puis évitement de réponse. Latence et refus de réponse au questionnaire puis rougeur marquent une négativité probablement secondaire (refoulement, répression ?).

Sujet 4, garçon, 12 ans 6 mois: le dessin est structuré sans particularité, le protocole est pauvre. Le dedans est verbalisé en des termes variables dans leurs qualités. Le corps peut « *se casser* » (les veines tiennent « *plus que les os* »), avec un risque de perte (coupure) des oreilles et audition (mêlant fragilité narcissique et angoisse de castration). La fourmi entre dans le corps par l'oreille (trou non anatomique défavorable selon le test original). Les contenus des contes sont variables avec des fins défavorables pourtant en particulier pour le conte de la fourmi, tuée par le garçon en représailles des sensations infligées. Si le dedans et les sensations apparaissent et ne sont pas évitées, certains éléments relatifs au corps révèlent des contenus de coupure, cassure, violence. Le repérage interne ou externe des sensations est probablement confus car les sensations provoquées à l'intérieur sont situées « *sur tout le corps* ».

Sujet 5, fille, 11 ans 8 mois: le protocole est pauvre ; le dessin du bonhomme est assez disproportionné, en particulier avec une grosse tête et des mains minuscules. Le sujet verbalise l'imperfection du dessin, use de dénégation pour cela (« *pas spécialiste* », « *pas moche* »), et tient à insister sur les contours ainsi qu'au remplissage. La solidité latente des os est ici fragile. L'entretien révèle des incertitudes sur ce qui est ou non des « *parties du corps* », malgré des réponses intellectuellement justes. Un intérieur existe, probablement marqué par une angoisse forte manifestée par les nombreux rires et « *je*

sais pas ». Cet intérieur est qualifié en termes variables, « *propres-sales* », « *belles-pas belles* ». Les contes ont une issue positive avec une normalisation de l'ourson pas pareil. Les sensations sont niées, neutralisées au conte de la fourmi puisque l'enfant « *sait pas, elle dormait* ».

Sujet 6, garçon, 9 ans 4 mois: le dessin est très petit, à minima avec une grosse tête. L'intérieur corporel existe plutôt en termes dévalorisant, avec importance des vêtements pour le conte de la fourmi. Les sensations sont nommées plutôt du côté douleur, liées à des émotions, puis annulées par un « *mais il sentait pas il dormait* ». Une introjection sensorielle semble échouer, et l'enfant a besoin de vérifier visuellement sur son corps ce qu'il dit, ainsi qu'il bouge et montre dans la réalité corporelle ses réponses. Notons les échanges dedans-dehors en douleur; « *les poux en train de boire le sang* », qui « *piquaient* ». Ce point est éventuellement à relier au pancréas cité comme partie du corps que l'enfant n'aime pas, alors qu'il souffre d'un diabète sévère impliquant prises de sang et discussions actuelles sur une greffe. Les contes révèlent un danger récurrent pour la fourmi (« *se faire écraser* », « *voyage trop dangereux* »), et un contexte œdipien à l'issue très défavorable pour l'ourson qui se fait tuer, reste dans le souvenir familial tout en étant remplacé (est-ce une modération du premier destin de l'ourson ?).

Sujet 7, garçon, 15 ans 5 mois: dessin structuré, assez immature pour l'âge. Les réponses à l'entretien sont précises et comme récitées, mais aucun muscle n'est cité (motricité). La fragilité du corps est liée à la réalité des blessures de l'année en cours (narcissisme lié à l'histoire), le sujet ne peut préciser la solidité que par « *le reste un peu* ». Si l'intérieur existe le sujet envisage difficilement le vécu de la fourmi dans le corps de l'enfant, alors que ce dernier vit de son côté des sensations. Les issues des contes sont favorables, notons la particularité de l'ourson pas pareil avec la couleur rouge qui ne peut être neutre, alors que l'ourson ne normalise sa couleur que partiellement comme si le sujet était pris dans une contradiction sur la représentation corporelle. Nous relierions éventuellement « *il a fait tomber un pot de peinture rouge* » à l'anamnèse du sujet dans laquelle on apprend qu'à l'âge de 5 ans il a fait tomber un marteau de 5 étages qui a tué une femme située en bas.

Sujet 8, Edson, garçon, 10 ans 7 mois: le dessin très stylisé semble réalisé à minima.

Le « *corps blessé* » est évoqué à plusieurs réponses « *quand on se coupe on voit du sang* », « *les os, ça peut se casser* », « *il n'y a plus d'os* ». Les « *je sais pas* » marqueraient alors une défense pour ne pas laisser trop émerger ces représentations désagréables. L'intérieur existe avec risque de coupure et plutôt du côté des choses « *pas belles* ». La seule réponse « en positif » que Edson propose semble une pré-présentation du matériel clinique de nos rencontres: le corps sert à « *jouer au foot* ». Cette même dialectique se soutient à partir des réponses au conte. Les représentations corporelles sont soit désagréables (mais pas exclusivement; les « *chatouilles font rigoler* ») soit négativées (évitées); la fourmi du conte ne « *voit rien* » après avoir vu le corps, le sujet annule la représentation qu'il ébauche. Ce qui est beau dedans est « *le corps* » (l'extérieur ?), ce qui marque une impossibilité à envisager l'intérieur (la fourmi ne « *voit rien* » non plus) ? L'issue des contes est défavorable: « *je sais pas* » pour le conte de la fourmi puis mort de l'ourson et sa mère dans un destin commun. Si le sang peut sortir l'entrée est difficile, peut-il y avoir acceptation d'un mouvement de dedans vers dehors avec négativation de mouvement inverse. Dans son évolution clinique Edson ira jusqu'à « exagérer » le mouvement sensoriel exocentré par des hallucinations.

Sujet 9, garçon, 12 ans 3 mois: la facture du dessin est loin de l'âge réel. Le sujet tente un premier dessin qui ne le satisfait pas puis un second. Il nomme les parties du corps mais ne parvient pas à nommer quelque-chose « *dedans* » au niveau de l'oreille: « *les trucs dedans* ». L'activation d'un intérieur est acceptée par le sujet, qui marque ses réponses par des formules d'arrêt (« *pas d'autres idées* », « *c'est tout* » etc...). Le sujet répond par beaucoup de « *je sais pas* », est laconique, envisage un garçon « *pas beau* » qui n'a « *jamais eu de sensations* ». Si la sensorialité ne peut être envisagée par le sujet, il accorde pourtant à l'ourson du conte une caractéristique physique de la mère (nez). L'ourson se sent « *mal* » mais impossible d'obtenir une précision ni sur ce point ni sur une fin « *bien* » envisagée. Le tronc n'est cité ou envisagé à aucun moment et il est « douteux » sur le dessin: y a-t-il trou dans les représentations corporelles au niveau du tronc ? De même qu'il ne cite que trois points d'appui au sol dans le reste du protocole (score bas particulier qui se dégage des 17 autres protocoles) : talons, fesses, épaules : le défaut de tronc persiste.

Sujet 10, Hector, garçon, 14 ans 11 mois: Le dessin du bonhomme est jugé « *tout*

beau », stylisé selon les critères d'un personnage (« *Reezel* ») lui-même comparé à un autre dessin (« *Mike* ») que Hector a réalisé ailleurs. Dans ce style, bras et jambes n'apparaissent pas alors que les extrémités sont présentes. L'intérieur corporel existe, marqué d'un jugement « *dégueulasse* », « *trucs* » et il est question de « *ne pas tout sortir* ». Le « *trop* » qui est arrêté par du « *c'est tout* » apparaît dans le questionnaire corporel. Hector a répondu en termes de « *gros choc* », de « *cicatrice* » et chute de vélo « *sonorisée* ». Hector est le seul sujet de notre étude à marquer sa réponse d'une caractéristique sensorielle, auditive. Le conte de la fourmi révèle éventuellement un effort psychique pour « *ne pas sentir* », en sensation ou émotion. « *Je sais pas* », la fourmi qui rentre simplement chez elle (sans précision) ou l'idée que l'enfant ne sent rien car « *il dormait* » peuvent marquer cette tendance. Le conte de l'ourson semble révéler des enjeux œdipiens: l'ourson pas pareil l'est car la mère « *s'est faite attraper* » par un autre ours, alors que la différence, le rejet et l'acceptation semblent activés chez Hector à partir de ce conte. Les contes ont tous les deux des issues favorables.

Sujet 11, garçon, 13 ans 9 mois: dessin de bonhomme très longiligne, marqué par une dénégation adressée « *je préviens je suis pas Picasso* » alors que le bonhomme in fine est tout de même « *un peintre* ». La coiffure est « *une crête* » et au regard de l'examineur le dessin ressemble beaucoup au sujet. À l'entretien les parties du corps « *dedans* » nommées sont des parties extérieures, marquant éventuellement une confusion dedans dehors. Pour les parties visibles du corps le sujet répond tête, mains, yeux, nez. Sur ces réponses, il semble que les habits sont considérés comme parties du corps (si bien que par exemple le torse est alors dedans et les parties visibles restreintes aux réponses données). Les « *parties génitales* » sont citées à 2 reprises (dont la fragilité du corps). Les caractéristiques du corps et la différence entre les corps apparaissent à la fois au questionnaire et aux contes: soucis pour les coiffures, les muscles, « *je suis un peu différent* », « *différent dans tous les domaines* », corps « *pas circulaire, pas de rond, c'est disproportionné* », « *beaucoup de choses différentes de son corps à elle* », « *trop petit* », couleur et forme de l'ourson avec à nouveau les différences au sein de la famille ourse. L'intérieur n'est « *pas très appétissant* » alors que c'est précisément une fonction digestive (« *suc digestif* ») qui précipite la fin tragique de la fourmi. Les sensations ont évitées, le garçon n'a « *rien senti* ». Fragilité et différences des corps sont situées dans un constat de « *c'est comme ça* », « *c'est la loi de la nature* », « *c'est le hasard* », « *une*

chance sur 1000 » qui semble un effort pour dégager le sujet de toute implication dans les représentations activées. Le second conte a une issue heureuse.

Sujet 12, garçon, 9 ans 2 mois: le dessin apparaît comme une construction peu proportionnée pour l'âge, le remplissage débuté semble arrêté par la présence du nombril que le sujet veut laisser apparent (qui est le lieu d'entrée et sortie de la fourmi dans le conte). Les membres ont des insertions et proportions originales, l'identité (y compris sexuelle) est mise sous le signe d'une erreur, confusion ou doute: « *Les oreilles, en plus c'est moi. Je me suis mis une perruque, il s'est trompé de chaussettes* ». (Première et troisième personne du singulier se suivent pour le même sujet). L'intérieur du corps est cité à minima dont la peau (confusion ou considération de la face interne de la peau) alors que le sujet développe beaucoup sur le thème de la fragilité et des blessures. La partie du corps qu'il n'aime pas (« *fesses* ») est celle liée à la contrainte des autres à l'école qui lui « *descendent les pantalons* ». L'extérieur du corps jugé « *beau* » est opposé à un dedans « *pas beau* ». L'effort que le sujet fait pour annuler toute sensation pour l'enfant se révèle par le volume de voix; il crie presque pour dire que l'enfant ne ressent « *rien* ». Il peut éventuellement avoir « *mal* » à nouveau au niveau du nombril. Le garçon se réveille après une éventuelle piqure de la fourmi. Les différences au conte de l'ourson sont « en négatif », le sujet indique ce que l'ourson « *n'est pas* » sans pouvoir préciser ce qu'il est. Ces éléments de différences ne paraissent pas se faire sur des tensions œdipiennes, avec une issue heureuse au conte.

Sujet 13, Kali, fille, 10 ans 2 mois: le dessin structuré et complet est peu sexué pour un bonhomme sans main ni pied. Dans le questionnaire corporel les « *vertèbres coincées* » qui « *ne veulent pas se relâcher* » marqueraient un corps qui a une volonté propre qui s'oppose à Kali. Ce corps est aimé en « *tout ou rien* ». Les réponses aux contes nous semblent montrer des enjeux narcissiques du côté du « *moche* », du « *dégoulinant* », avec un intérieur à qualité variable. Dans ce protocole les affects chez Kali ne semblent pas niés, mais sans qualité (est-ce une négativité tout de même ?). Le dedans a comme principal problème de « *ne pas être vu* » du dehors (« *vertèbres* », « *trucs de dehors* », même les « *trous d'air de la peau* » qui pourraient maintenir une communication intérieur-extérieur). L'ourson pas pareil du conte a la particularité de « *ne pas réagir* », dans des enjeux relationnels œdipiens et de fratrie. La fourmi du

conte entre et sort du corps par l'oreille, qui a ensuite occupé une partie du travail psychique de Kali. L'enfant du conte « *se sentait bien* », cette verbalisation paraît être un état affectif plus qu'une qualification sensorielle. Les issues des contes sont heureuses, « *elle peut y passer dans le cœur* » n'aurait pu se préciser que par une relance de l'examineur.

Sujet 14, garçon, 11 ans 11mois: dessin assez bien construit (un peu immature pour l'âge). Le sujet permet l'existence d'un intérieur corporel mais est très laconique et stoppe ses réponses de nombreux « *c'est tout* ». La fonction digestive et/ou l'analité reviennent à plusieurs reprises; mais la question de la dévoration apparaît également (« *dinosaure* », « *manger tout le monde* »), avec des contenus sexualisés. Le corps est fragile par les os. Les sensations que vit l'enfant du conte sont à la fois présentes et minimisées (« *petites douleurs* ») voire en négation (« *pas plaisir* »). Le contexte assez primaire du conte de la fourmi conclut sur une fin tragique alors que le conte de l'ourson dévoile une construction beaucoup plus élaborée, avec une séparation acceptée et une fin heureuse. Le nombril est surinvesti psychiquement et lieu d'entrée de la fourmi ; considéré comme un trou.

Sujet 15, garçon, 14 ans 6 mois: dessin très construit et grand dont le bas du corps ne peut figurer sur la feuille. Les souffles et rires pendant sa réalisation semblent marquer une charge affective, ainsi qu'une verbalisation défavorable sur le dessin terminé « *jamais autant loupé* ». De notre avis le dessin ressemble beaucoup au sujet qui joue effectivement à la pelote en compétition. Assez clairement l'intérieur du corps est assimilé à ce qui est à l'intérieur des habits (et chaussures), à la fois dans le questionnaire et dans le conte de la fourmi. La fragilité du corps est difficile à verbaliser par le sujet qui évoque finalement un « *arrachement osseux* ». La différence de taille fourmi-garçon est précisée. La sensorialité semble projetée et non négativée car l'intérieur du corps se relie à des grimaces du sujet, à « *gratter* » (2 fois) et à une gêne au niveau du nez (2 fois), puis une défense en négation par « *ça m'est jamais arrivé* » (est-ce plutôt l'affect qui est négativé ?). Le sujet projette dans ce test un vécu sensoriel de l'enfant avant que la question ne le suggère. L'intérieur est également difficile à verbaliser (« *bizarre* »), avec une vision peu favorable et un risque de maladie. Le conte ourson nous paraît très œdipien, amour de la mère, disparition du père, affect de l'ourson

qui grandit (et se normalise). Les deux contes ont des issues heureuses.

Sujet 16, garçon, 14 ans: le dessin est fait rapidement, le visage marque une expression incertaine et le sujet précise que « *c'est un costaud* ». L'intérieur du corps est accepté et évoqué. Le cœur, la bouche et le foie sont cités plusieurs fois, avec risque vital ; « *on meurt* » quand la fragilité du corps est évoquée et le risque des côtes qui peuvent « *se casser* » lors de la question de la solidité. Ce qui est solide...ne l'est pas, se casse. Le corps est investi dans sa valeur relationnelle « *pour parler et faire des bisous* ». Le sujet nous semble très défensif lors du conte de la fourmi (rires, laconique) avec un intérieur qualifié d'un jugement défavorable. Le sujet « évite » toute sensation à l'enfant qui « *dormait* » et ne s'aperçoit « *de rien* ». Le sujet répond beaucoup plus au conte de l'ourson, ressemblance au père, agressivité, exclusion familiale, séparation et issue heureuse.

Sujet 17, garçon, 10 ans 9 mois : dessin jugé défavorablement par le sujet, en comparaison de ce qu'aurait fait le frère. Le sujet déploie beaucoup d'efforts contre l'idée d'intériorité dans le questionnaire comme dans le conte de la fourmi : « *je sais pas* », « *pas grand-chose* », « *là rien* » (il en est de même pour la fragilité ou la partie du corps que le sujet n'aime pas, alors que le ressenti de l'enfant est nié). Ce même effort d'empêchement apparaît par des réponses généralistes « *plein de choses* », des « *je sais pas* », l'arrêt d'une verbalisation « *je ra... non rien* ». Intérieur et sensorialité sont niés, dans un affect important (rires, tortillement des doigts). La fourmi va d'ailleurs raconter tout ce « *qu'on a dit avant* » alors que de notre point de vue presque rien n'a été dit. L'ourson pas pareil, « *triste* », est moqué et non aimé par le père dans une idée radicale que « *tous les papas ours n'aiment pas les petits* ». L'ourson grandit conservant la proximité avec sa mère.

Sujet 18, garçon, 10 ans 4 mois : le sujet initie de lui-même l'annotation des parties du corps de son dessin (insistant sur les pluriels mais oubliant beaucoup de « s »). L'intérieur du corps est évoqué par le sujet sur un ton grave dans le questionnaire comme dans le conte de la fourmi. Le corps peut servir à faire mal comme être support de souffrance (« *se casser quelque-chose* », « *maladie* ») à nouveau dans le questionnaire comme dans le conte de la fourmi. Le trajet de la fourmi sur le garçon

puis à l'intérieur du corps provoque beaucoup d'affects, probablement d'angoisse chez ce sujet qui rit, se cache les yeux, rougit, tout en gardant un air grave. Sexe et fesses sont parfois nommés tout en centralisant la préoccupation du sujet. Parvenir à les nommer plutôt qu'à les négativer nous semble favorable, mais nous relevons ici une « insistance ». La fin de ce conte est tragique pour la fourmi mangée par l'enfant (auquel des deux l'enfant s'identifie-t-il?). Les idées de maladie et de violence (tuer) de l'adulte vers l'enfant apparaissent dans le conte de l'ourson. L'amour de la mère et de la fratrie est salvateur. L'issue est positive dans une certaine normalisation et vie en couple.

6.2 CONFRONTATIONS ENTRE EUX DES DIFFERENTS RESULTATS ISSUS DE LA METHODOLOGIE

L'absence de résultats caractéristiques aux questionnaires de répression et d'alexithymie ainsi qu'au test des points d'appui empêche leur mise en perspective. L'absence de résultat est finalement un résultat, que nous discuterons dans un second temps. Aucune particularité ne nous semble se dégager de ces 3 parties de notre protocole. Les résultats pour ces tests sont à la fois relativement homogènes entre les sujets et conformes à ce que l'on pourrait attendre dans une population témoin de référence selon les ressources bibliographiques utilisées (Pajet, Consoli, Carton, 2010; Parker, et al 1993 Rieffe, et al 2006; Treillet, Rouyère, Mechler, 2008; Weinberger, et al, 1979; Weinberger, et al 2007; Carton, 2006; Parker, et al 1993; Lahaye, et al, 2010; Loas, et al, 2010).

La quatrième partie, entretien sur les représentations corporelles, apporte des éléments qui peuvent être confrontés entre eux et au regard des publications initiales (Tichey (de), 2010; Royer, 1978, Moyano, 2004 et 2009). Certains résultats se dégagent. Nous devons renoncer au repérage de « combinaisons » récurrentes alliant négation de plus ou moins d'intériorité, négation de plus ou moins de sensorialité, clivage narcissique défavorable, angoisses corporelles (fragilité, cassure, chute, explosion...). La qualité projective de cette partie du protocole de recherche alimente pourtant notre

réflexion qui doit être ramenée au cas par cas. Cette même approche est précisée par la rencontre clinique exposée pour les quatre études de cas. Selon les sujets nous remarquons la divergence des efforts pour « négativer » (annuler, éviter, nier) l'intériorité, et/ou la sensorialité (tension entre interne et externe), et/ou exprimant un narcissisme primaire défavorable, et/ou exprimant des angoisses corporelles primaires.

Certains sujets associent négativité d'un intérieur et d'une sensorialité (sujets 3, 8, 17); d'autres concentrent leurs « efforts » pour nier une tension sensorielle (sujets, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 16). Ce dernier résultat correspond finalement à la moitié de notre échantillon. Il doit donc être relativisé au regard de la taille du groupe ainsi qu'au regard de l'énoncé du conte de la fourmi; l'enfant « *endormi* » peut être une suggestion au fait qu'il ne sente rien. L'effraction de la barrière dedans-dehors semble lever chez certains une forte angoisse (rires, rougir, se crisper, réponses laconiques); parfois jusqu'à tuer (en représailles?) la fourmi du conte pour les sujets 4, 11, 14, 18. Les fantasmes et l'angoisse en jeu sont peut-être différents pour le sujet 9 qui ne fait pas mourir la fourmi tout en insistant sur le risque vital pour elle. La dimension fragile du corps est développée pour plus de la moitié de nos sujets (1, 3, 4, 7, 8, 12, 15, 16, 18). Elle doit être relativisée car elle est suggérée par le questionnaire. Par contre cette fragilité est parfois développée sur un registre plus intense (« *arrachement osseux* » par exemple pour le sujet 15, risque cardiaque vital pour le sujet 16). Les appréciations qualitatives du corps sont régulièrement variables, à dominante défavorable pour 10 des 18 sujets (1, 2, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18). Nous proposons de voir dans ces derniers résultats des combinaisons singulières entre narcissisme primaire (plutôt côté fragilité, solidité, aspect propre, sale du corps) et narcissisme secondaire (appréciation qualitative et relationnelle du corps dans le questionnaire et surtout dans les interactions dans les contes entre fourmi et enfant et au sein de la famille ours). Quatre sujets (2, 6, 11, 15) montrent l'importance des habits dans la constitution des représentations corporelles. Il nous semble impossible ici de proposer une interprétation univoque. Carapace de protection sur une limite corporelle pas assez fiable, vêtement comme partie réelle du corps dans une indistinction dedans-dehors, emprunt narcissique à une caractéristique vestimentaire (uniforme etc...), vêtement comme objet permettant d'éviter toute tension psychique à propos du corporel, fétiche masquant un manque (manque au corps?); sont les hypothèses que nous formulons ici. À la faveur de davantage d'éléments cliniques

que ceux basés sur notre méthodologie, ces hypothèses seraient à affiner au cas par cas par plus de rencontres.

6.3 DISCUSSION DES HYPOTHESES

Nous maintenons notre hypothèse générale qui postule l'existence d'une défense psychique dominante par la négativité. Les mécanismes de défenses « du négatif » dominant dans les tableaux cliniques de certains sujets ; leurs expressions restent singulières.

La mise à jour de ces mécanismes fut espérée dans nos hypothèses opérationnelles. Pour 3 des 4 axes de notre méthodologie il nous faut reconnaître la mise en échec de ces hypothèses. Ni l'alexithymie, ni la répression, ni la négativation des points d'appui du corps ne sont révélées par notre méthodologie. Les hypothèses visant à repérer les processus de la négativité par ces 3 tests doivent être repoussées. Nous émettons plusieurs facteurs qui peuvent conduire à cet échec et nourrissent la discussion:

-1- Les limites de l'étude empêchent le développement et la mise à jour de différences permettant la discussion. En particulier le sexe ratio peu équilibré de l'échantillon, un groupe trop petit, une palette d'âge trop large sont un frein au repérage de critères caractéristiques de l'expression de la négativité (si elles existent).

-2- La mise en perspective d'épistémologies diverses a été envisagée comme une richesse de la recherche. Il nous faut envisager qu'elle fut un frein. L'alexithymie et la répression visées par les outils « cognitifs » de la recherche sont peut-être trop éloignées de l'alexithymie et la répression telles que pensées dans une théorie et une clinique d'inspiration psychanalytique. Dans cette idée l'échec du protocole de la recherche est dû au fait que le chercheur « teste » un autre objet que celui qu'il croit. Même si elles existent, la répression et l'alexithymie envisagées comme mécanismes de défenses du Moi par la négativité ne peuvent se révéler à partir de l'outil « cognitif ».

-3- La psychopathologie des sujets reçus en psychiatrie publique est parfois sévère,

impliquant beaucoup de facteurs de risque et de comorbidité (processus psychotiques, faibles échanges sociaux, conditions de vie défavorables et déficience intellectuelle s'accumulent parfois). Les sujets de notre étude ne font pas exception. Nous envisageons ici que la négativité psychique est si puissante qu'elle peut maintenir ses particularités cachées malgré des outils pour les mettre en évidence, et envahir les évaluations. Ce facteur peut expliquer l'échec des 3 premières parties du protocole de recherche, avec la mise à jour partielle et au cas par cas de la négativité psychique grâce à la quatrième partie du protocole grâce à sa structure projective (entretien sur les représentations corporelles).

-4- Il nous faut ajouter à la discussion les biais concernant le chercheur lui-même. Éventuellement impliqué dans une relation thérapeutique à venir, l'éthique contraint de maintenir les conditions d'une thérapeutique au sein des conditions particulières de la passation des tests. La présentation du protocole, les choix méthodologiques, les choix des sujets auxquels le protocole peut (ou pas) être proposé, les relances, jusqu'à la lecture des résultats peuvent être influencés par cette situation.

Les résultats issus de l'entretien sur les représentations corporelles (quatrième partie de notre protocole) nous permettent de mieux discuter nos hypothèses. Nous avons présenté les résultats et déjà situé la nécessité d'un « cas par cas » autant que le cadre thérapeutique l'exige et aussi longtemps que nous ne pouvons répéter ce type d'étude pour un groupe plus grand, avec une tranche d'âge resserrée. Ce cas par cas nécessaire nous semble avoir comme exemple la récurrence de l'entrée de la fourmi dans le corps de l'enfant (conte dans l'évaluation des représentations corporelles) par l'oreille. Dans l'étude initiale l'oreille n'est pas considérée comme un orifice sphinctérisé, un trou anatomique (entrée « non normale » dans le test initial). La réponse « oreille » est à envisager plutôt du côté d'une difficulté à intégrer un échange entre l'interne et l'externe. Mais dans l'exemple de Kali (sujet 13), la réponse « oreille » peut également s'entendre comme un transfert immédiat ; puisque l'oreille et la fonction de l'écoute ont occupé une part du travail de Kali.

Au point où nous en sommes de notre réflexion, nous avons dû situer nos renoncements et voulons présenter ici les points de nos hypothèses que nous

conservons. Notre conviction est la suivante, les résultats à la partie projective de notre méthodologie révèlent pour partie les combinaisons singulières de l'exercice de la négativité psychique. Nier plus ou moins un intérieur, la limite, la tension sensorielle, se combine avec des clivages plus ou moins marqués des narcissismes primaire et secondaire. La négativité psychique peut impliquer les représentations corporelles autant que le corps propre, ainsi que les échanges dedans-dehors. Une « dose de négativité » est tout à fait nécessaire (et saine) et permet une régulation de l'économie psychique (intrication pulsion de vie-pulsion de mort, destruction permettant construction, mélange ambivalent de motions pulsionnelles qui s'opposent). Pour autant, nous maintenons notre hypothèse de psychopathologies en « abus de négativité ». Il ne s'agirait pas ici d'une négativité de l'interne, du dedans. Ce que nombre de cliniciens voient comme un défaut « d'insight », peut révéler l'impossibilité de l'altérité, la négation de l'échange, de la mise en tension entre dedans et dehors (psychique et physique). Quel insight espérer si l'existence d'un dedans à la fois différencié mais en tension avec un dehors est refusé? L'intrapsychique et l'intersubjectif sont interdépendants.

7- CAS CLINIQUES

7.1 ÉTUDES DE CAS CLINIQUE

7.1.1 Déïmos

Dans la mythologie grecque, Déïmos est le dieu représentant la terreur et la destruction.

7.1.1.1 Éléments d'anamnèse

Déïmos est né début 2001, il vit avec ses parents dans une famille de cinq. Il est jumeau d'une sœur, aucun antécédent médical particulier ne permet de s'inquiéter. Lui et sa jumelle ont une aînée qui a 6 ans de plus. Déïmos est venu consulter en psychiatrie publique alors qu'il avait deux mois, sur le motif « *qu'il pleurait beaucoup* ». Son dossier hospitalier ne laisse pas d'autres éléments, ce premier contact hospitalier est interrompu rapidement.

En 2007 son institutrice de CP, qui connaît le garçon depuis la maternelle, s'inquiète d'une forte agitation en classe, d'un enfant très « *râleur* » qui ne veut pas aller à l'école. Sur ces éléments scolaires les parents sont incités à faire consulter à nouveau leur enfant en psychiatrie infantile, ce qu'ils font. L'énurésie nocturne est au centre de la plainte. Une psychothérapie qui va durer 3 ans débute. Le dossier hospitalier est peu renseigné sur ce point mais un bilan psychologique a été effectué (la motivation de la psychologue quant à faire ce bilan reste inconnue); Déïmos a alors 6 ans 11 mois. La psychologue conclut ce bilan par une « *fragilité psycho-affective* », « *angoisses massives* ». Elle réalise également un WISC 3 avec des résultats relativement hétérogènes en faveur de l'échelle performance. Pourtant les résultats sont hétérogènes également à l'intérieur des échelles, avec l'hypothèse que les résultats sont meilleurs s'ils suivent un centre d'intérêt pour l'enfant. Globalement les résultats sont légèrement supérieurs à la moyenne (+ 1 écart type). Le suivi en CMP et cette psychothérapie cessent début 2010 lors du départ à la retraite de la psychologue.

7.1.1.2 La thérapie

Mes rencontres avec Déïmos durent depuis plus de trois ans à une fréquence d'un rendez-vous par semaine. Aussi, il est difficile ici de rendre compte de l'ensemble. Les éléments cités sont ceux qui paraissent à la fois marquants ou qui incitent à discuter de nos hypothèses de recherche. Pourtant, l'attention au corps réel, au sensoriel croisé avec les effets d'un travail du négatif ne peuvent être exclusifs d'autres aspects. On se saurait réduire Déïmos et sa rencontre avec moi à ces quelques aspects.

Janvier 2011 ; diversité des plaintes et demandes ; première rencontre.

Je rencontre Déïmos en 2011 ; il vient de faire 10 ans. La demande est à nouveau largement une incitation scolaire plutôt qu'authentiquement celle des parents ou de l'enfant. Déïmos semble reprendre le discours ambiant et dit qu'il vient me voir parce qu'il est « *mauvais en classe* ». Du côté de l'école la plainte se situe autour d'une difficulté à garder son attention sur ce qui se passe, de la lenteur et un certain isolement vis-à-vis des autres élèves. Déïmos a pourtant un bon niveau scolaire. La plainte des parents se décale de celle de l'école mais aussi entre eux. Déïmos est « *tendu* », évite le contact, sort très peu, montre quelques stéréotypies gestuelles, et a depuis toujours des difficultés d'endormissement. Le père constate sans inquiétude alors que la mère se dit très préoccupée, précise qu'elle s'interroge des jeux et dessins toujours très violents de son fils : pirates, batailles, guerres. Son père reconnaît une originalité chez son fils qu'il tente de valoriser (peut-être défensivement plutôt que authentiquement). Déïmos semble s'isoler souvent également dans des jeux vidéo ou dans sa maîtrise d'un hélicoptère télécommandé. Déïmos est témoin des paroles de ses parents à son endroit et écoute ma proposition thérapeutique qui ne saurait se centrer sur un symptôme mais qui offre une rencontre ; il ajoute: « *mon problème c'est quand même que je pense trop* ».

Malgré cette formule, Déïmos est laconique, évite le regard. Peut-on faire ici l'hypothèse d'un fort travail du négatif visant à nier ou éviter toute rencontre avec l'objet externe. Également, Déïmos semble très alexithymique; il ne montre d'affect ni en mimiques ni en variations de tonalité de voix, mais peut-être en tonus: il se raidit lorsque la distance réelle entre lui et moi se réduit.

Dès les premiers rendez-vous Déimos s'applique à construire et détruire avec des légos disponibles en quantité. Il semble tester les limites d'équilibre avant la chute de la construction et fait tout cela dans le silence. Il ignore complètement mes quelques interventions verbales ou sur les légos. Déimos est souvent au sol, assez loin de moi et de côté si bien que chacun de nous est protégé du regard de l'autre. Je me sens seul, sans que ma pensée ne s'éloigne pas vers autre chose que la rencontre, plutôt maintenu à distance. Mon ressenti est plutôt celui de me sentir seul en présence de quelqu'un, mais pas dans un évitement. Ce ressenti reviendra régulièrement dans les premières périodes de la thérapie, puis peu ensuite. Déimos est très silencieux dans ses constructions et destructions et j'hésite immédiatement quant à la quantité et à la qualité de mes interventions.

Séance 5, Déimos ajoute quelques personnages dans une maison en légo qu'il vient de reconstruire après destruction. Ceci est un changement, c'est la première fois qu'il utilise dans ses « jeux » une représentation humaine et vivante. Je théâtralise une inquiétude sur l'avenir et les affects des personnages ; Déimos de répondre d'un premier regard vers moi puis : « *c'est les éléments naturels* ». Suivent tempête, tremblement de terre, chute de météorite, tsunami qui anéantissent maison et personnages... Mais pas un mot sur les affects en jeu.

Régulièrement lors des rendez-vous, Déimos alterne la mise en scène de telles catastrophes avec un jeu de bille dans lequel il excelle de précision et de contrôle. Il nomme les catastrophes, explicite comment cela se produit avec d'évidentes connaissances. J'incite peu à préciser car mes tentatives se soldent par un éloignement de Déimos dans la relation et dans l'espace; il me tourne alors le dos. Mes tentatives pour entrer plus activement dans le jeu (soit du côté des catastrophes soit du côté des victimes) ont le même effet. Tout se passe comme si mes interventions étaient insupportables, l'alternative est une acceptation de mon côté à être quantité négligeable qui doit supporter cette sensation d'être seul avec lui, de ne pas exister à ces yeux ; en attendant mieux... Si Déimos a du mal à supporter la rencontre, il faut bien que je la supporte de mon côté.

Les scènes évoluent peu alors que je me tiens à distance et très silencieux. Pourtant

peu à peu la scène de catastrophe devient scène de guerre avec deux camps bien délimités. La mise en place est longue, Déimos est méticuleux, puis joue la guerre en silence et lentement mais un tic s'empare de lui lors de bombardements de voiture, il fait de petites rotations de la tête comme faisant « non » de la tête. Mon hypothèse ici est que ce hochement de tête vient figurer quelque chose du vécu de Déimos en rapport avec la scène guerrière qu'il maîtrise ; je dis « *détruire, non ?* ». Pas de réponse de Déimos, nous sommes à la *séance 10* mais lors des séances qui suivent le tic a disparu et Déimos accepte à présent mes interventions non verbales qui consistent à proposer du « matériel » ou à mobiliser moi-même quelques personnages. Je cite *séance 14* l'éventuel mélange d'attirance et de crainte vis-à-vis de la destruction ; Déimos de répondre : « *c'est possible ; ça fait de la colère* ». La première mission de sauvetage apparaît séance 17 ; « *pour une fois* » me dit-il.

Les séances 20 à 23 marquent la rentrée scolaire et des échanges plus verbaux sur deux attaques de panique survenues pendant l'été. Déimos me parle de cela sur large incitation de sa mère. Si les deux contextes diffèrent, les manifestations de symptômes se ressemblent. Une première fois cela a lieu lors d'une visite à la géode à Paris, puis quelques jours plus tard à la tour Eiffel lors des vacances en famille. Pour les deux situations Déimos décrit des impressions de nez bouché et gorge serrée, avec la conviction qu'il va cesser de respirer et s'étouffer. Il qualifie clairement l'angoisse de « *comme s'il allait être mort* » (l'utilisation du terme « comme si » m'étonne). Il est capable d'associer sur deux choses :

- la première est celle d'avoir vécu déjà des angoisses de cette sorte, alors qu'il ne peut en parler car ses parents ne « *se rendent pas compte* » de sa détresse et son jugés incapables de le rassurer. Je postule que lors de ces instants, personne ne le pourrait.

- la seconde association vient nourrir nos hypothèses quant à une certaine dynamique autour de l'impensable, du négatif, grâce à une attention particulière autour du corps réel. La séquence est la suivante : l'enfant expose ses vécus corporels lors des angoisses à la géode et la tour Eiffel, alors qu'il a pu se rassurer en buvant un peu d'eau. Il expose que cela lui permet de vérifier la réalité du passage d'eau, donc d'air entre dehors et dedans. « *Si l'eau passe, l'air doit pouvoir passer aussi* ». Je demande à quelle sensation il peut vérifier ce passage. Il commence à se gratter nez et gorge, je l'incite à associer sur ces mouvements-sensations. Déimos fait alors des expériences que je

soutiens de souffler par la bouche, le nez, se serrer la gorge pour conclure finalement que les narines constituent déjà l'intérieur du corps et que le risque d'être bouché est un risque interne au corps. Il enchaîne sur des angoisses de vidage (défaut de bouchon) lors de saignements de nez assez fréquents pour lui. Il interroge les sensations du corps « *hors volonté* » qui l'angoissent: la respiration, le rythme cardiaque, puis les idées noires avant de s'endormir. Ce passage d'exemples du corporel (respiration...) au psychique (idées...) renforce-t-il l'idée que la matière psychique est corporelle et inversement? Les manèges lui donnent une impression de tenir à un corps raide. Déimos s'interroge pourtant sur la normalité de cela en comparaison de quelques camarades. Aussi, il s'étonne que le moindre rhume réveille instantanément les angoisses d'étouffement, mais il ose à peine se moucher pour « *ne pas trop laisser sortir* ». « *Mais là, le nez est bouché pour de vrai!* ». Peut-on faire l'hypothèse que la sécurité psychique pour Déimos serait celle d'un corps-psyché sans entrée ni sortie, ni trou ni sphincter, sans échange avec l'extérieur ? Il a souvent une impression d'étouffer, de manquer de place et suppose que cela existe depuis sa naissance (je pense à cet instant au partage de place entre deux jumeaux). À cet instant j'ai quelques douleurs de cou que je soulage en penchant la tête, dans un léger craquement; Déimos se tient immédiatement la nuque!

Dans nos hypothèses, l'expérience réelle du corps avec la respiration figure les échanges et limites entre dedans et dehors. Cela vient soutenir une dynamique associative, jusqu'à un effet transféro-contre transférentiel autour de sensations au cou dont il semble précipité de tout situer du côté d'un collage de Déimos. In fine, nous croyons sur cet exemple qu'un impensable autour des angoisses de mort, des troubles des limites a pu s'activer. Restant probablement non représenté (ou étant une pré-représentation); l'expérience du corps réel est pourtant venue soutenir une association entre divers temps d'angoisse dans une certaine temporalité, ainsi que des explicites quand à des angoisses archaïques (se vider, étouffer...).

Lors des séances suivantes Déimos reprend le dispositif précédent de scénarisation de catastrophes naturelles et de guerres. Il envisage quelques affects, par exemple les personnages peuvent avoir peur et les survivants être tristes. Il m'inclut dans le jeu, à condition que je respecte le scénario et qu'il s'agisse d'un combat à mort entre deux camps; aucune négociation n'est possible! Passons nous d'une figuration d'angoisses

archaïques (Anzieu, 1985, par exemple) à celle d'une violence fondamentale (Bergeret 1984)? Quelques séances plus tard il insiste pour explorer avec moi quelques expressions verbales « *qui ne sont pas possibles* » : il fait l'effort de distinguer sens figuré et image évoquée par les expressions qu'il cite se rassurant par un « *c'est pas possible* » pour: « *se creuser la tête* », « *les bras m'en tombent* », « *mettre sa main à couper* »...

Séance 30, pour la première fois un personnage tente de s'isoler du carnage destructeur habituel. Je pense à l'isolement social de Déimos et fait une hypothèse de projection de l'enfant sur ce personnage:

LB: « *Et toi Déimos quand est-ce que tu t'isoles?* »

D: « *Pour éviter de la colère contre moi. (silence). Et surtout contre quelqu'un d'autre parce que ma colère pourrait être terrible* ».

LB: « *Terrible comment?* » (pas de réponse).

Comment ne pas penser ici à des efforts de répression permanents de Déimos contre sa propre violence destructrice; qu'il figure en séance ou quand il joue seul dans sa chambre. L'ébauche de représentation et prise de conscience paraît être elle-même une violence qu'il doit arrêter, si bien qu'il se tait malgré la tentative de relance « *terrible comment* », faisant penser qu'il ne faut pas insister alors. Je crois que ma relance en ouverture est inefficace et éventuellement persécutrice. Il fut plus heureux peut-être d'apporter une réponse du type « *oui terrible* », qui viendrait reconnaître et soutenir chez Déimos quelque chose qu'il tente de reconnaître de lui-même.

Depuis lors les séances sont tout aussi guerrières, mais marquées par la fuite de certains personnages qui parviennent à survivre au désastre... Au prix de faire entrer en jeu la question de la vengeance. Depuis cette séance également, un nouveau personnage entre en scène. Un poupon d'environ 30 cm participe aux combats. Le paradoxe est qu'un bébé si grand combat au milieu d'adultes (personnages) de petite taille. Les destructions ont lieu au milieu d'usines à briques pour reconstruire, détruire, reconstruire.... Pas un mot sur le rôle du poupon malgré quelques demandes de précisions de ma part. Lors de pauses du jeu guerrier, de nombreux soupirs s'installent chez Déimos, j'y réponds par un « *oui* » ou par un soupir de reconnaissance du premier

soupir comme reconnaissant un négatif, un indicible qui est pourtant là. Ici, le corps du thérapeute participe à reconnaître un négatif à la fois chez l'enfant (du non représenté encore mais figuré en soupir) et chez lui (de l'incompréhensible qui fait écho en lui mais reconnu tout de même).

Séance 35: Déimos regarde alternativement les deux camps de guerre, soupire, et fait un grognement qui me fait penser à la colère et qui rompt avec les longs silences.

LB: « *Ah oui!* » (pour reconnaître soupir et grognement)

D: « *C'est pas trop grave?* »

LB: « *Je peux travailler avec ta colère, même de la colère qui fait du bruit* »

D: « *Ça en fait beaucoup...* »

LB: « *Ici, on peut accueillir beaucoup de colère* »

D: « *Ça va aller* »

Les séances suivent avec redoublement des attaques, emprisonnements entre le « *grand petit bébé* » (poupon) et les « *adultes petits* ». Le grand petit bébé « *est puissant. C'est lui, il est sorti du tableau (dessin au tableau des jouets utilisés). Il a été détruit en morceaux c'est pour ça qu'il est si méchant* » (séance 41). Je pense régulièrement à la violence fondamentale. Ponctuellement quelques angoisses qui suivent un événement de réalité sont exprimées, comme par exemple la crainte « *de se vider en flaque* » lors du saignement d'un bouton, et de nouvelles impressions de « *ne pas respirer* » lors d'un rhume. Il met aussi en correspondance des dessins sur un tableau (2 dimensions, image arrêtée) qui correspondent à la scène dans la pièce (3 dimensions, en mobilité). Il fait également les premiers dessins à son initiative, et à mon adresse. Il est terrorisé par avance de son entrée en 6^{ème} ; qu'il explicite à la fois par des peurs d'interactions et par des contraintes impératives: « *je dois faire quelque chose* », « *il faut que j'y arrive* ».

Séance 43: La traditionnelle scène guerrière est en place avec le « *grand petit bébé* » ; mais Déimos s'interrompt pour m'expliquer qu'il a souvent mal au ventre avant d'aller en classe mais aussi pendant. Ce qu'il veut dire est que ces deux temps correspondent à des sensations « *maux de ventre* » qui lui semblent pourtant différentes. Il explicite le mal de ventre à l'école. La rentrée au collège a eu lieu.

D: « *Le problème c'est qu'il faut attendre quand on a faim ou soif pendant les cours alors qu'avant ou pouvait sortir pendant les cours* »

LB: « *Avant, en primaire?* »

D: « *oui, et même au self il faut attendre* ». À cet instant je pense que Déïmos boit habituellement un peu d'eau pour abaisser l'angoisse au moment de ses attaques de panique. Il se lève et débute le jeu, les violences sont conjointes et maximales entre le « *grand petit bébé* » et les « *adultes petits* »

D: « *Le bébé est énervé de voir la création des adultes; il n'aime pas les adultes depuis qu'il voit ce qu'ils font* »

LB: « *Que font-ils?* »

D: « *Ils embêtent les enfants* »

LB: « *Comment?* »

D: « *C'est le bébé qui ne comprend pas la vie familiale* »

LB: « *Qu'est-ce que tu ne comprends pas de ta vie familiale à toi?* »

D: « *Je mets la barre trop haut* », il fait prendre un téléphone jouet par le poupon; « *Le bébé au téléphone s'énervé en silence* »

LB: « *Que dit-il?* »

D: « *J'en ai assez de ces créations d'adultes qui m'embêtent!* » Silence. Déïmos se lance dans une grande explication sur les sensations de faim des bébés qui doivent attendre, dépendent des adultes. Il met enfin le pouce du poupon dans la bouche: « *c'est pour se reposer* ».

Je propose de faire ici l'hypothèse d'un lien sensation de faim-angoisse archaïque-violence dirigée vers les adultes. Dans cette hypothèse la violence n'est pas œdipienne, elle serait une réponse face au risque d'anéantissement des sensations de faim du bébé Déïmos, renouvelé dans les sensations de faim réelles et actuelles à l'école. Tout se passe comme si un travail du négatif avait gelé une dynamique psychique dès les sensations de faim du bébé. Déïmos vit dans la réalité au quotidien cette répétition de sensation et figure en retour la violence ressentie. Pourtant, de quelle création d'adultes s'agit-il? Peut-on encore faire l'hypothèse que cette création est celle d'une réponse négative des adultes; violence contre la non réponse adaptée dans un risque d'effondrement (Winnicott, 1969). Enfin, Déïmos se saisit du jeu et du grand petit bébé comme médium de projection de ses affects, jusqu'à utiliser la première personne du

singulier bien rare dans son discours. Face au négatif figé, l'hypothèse est que la répétition de la « sensation de faim » ne suffit pas à mobiliser une dynamique traumatique temporelle. Il faut y ajouter un médium et un tiers humain capable de supporter l'intensité de la mobilisation d'affects et de violence. Dans cette hypothèse, les séances suivantes sont heureuses puisque Déimos va ponctuellement diriger de l'agressivité vers le thérapeute, passant éventuellement alors d'une violence d'anéantissement à une agressivité enfin adressée à un objet; en particulier lors de la séance 46. À la séance 50 à la faveur de la production de nombreux dessins de bateaux « *explosifs* », il ose prendre le dessin que j'ai pris l'initiative de faire. J'avais réalisé le dessin d'un bateau inscrivant sur la coque « *secours en mer* » (à l'image des premières missions de secours dans son jeu). Déimos y ajoute explosion du bateau et des corps comme dans ses propres dessins. Les séances suivantes Déimos évoque l'ennui vécu à l'école, la recherche de sa sœur pour se rassurer, ne pas frapper les camarades moqueurs, lutter contre une impression de vide alors qu'il est « *trop pleins d'idées* » qui l'empêchent de dormir le soir. Les jeux destructeurs viennent-ils contre une angoisse de vide laissée par un travail du négatif trop zélé? En somme, détruire plutôt que risquer une rencontre en positif avec l'objet.

Séance 46: Déimos se met à nouveau loin et met en place le scénario destructeur me tournant le dos, tout en s'appliquant à la construction d'un canon en légos. Le silence est long, et ma pensée se tourne vers les premières séances qui ressemblaient au moment présent. Voulant intervenir sans intrusion; la marge est mince; je m'interroge à haute voix comme à moi-même pour à la fois m'adresser à lui et ménager la persécution:

LB: « *Je me demande comment vont s'organiser les camps je ne vois pas bien* ». Silence de plusieurs minutes. « *Tu fais vraiment comme si je n'étais pas là* » (est-ce que nié dans le silence, je passe à l'acte par la seconde réplique en acceptant le risque de persécution que je voulais éviter l'instant d'avant?)

D: « *Heuuu...* ». Il tourne le canon vers moi, je valide la possibilité d'être pris pour cible dans le jeu, comme en pensée. Déimos rapproche alors les jouets et débute le jeu au plus près de moi comme jamais auparavant, le grand petit bébé se déchaîne sur les autres personnages;

LB: « *une agressivité colère?* »

D: « *Non, une agressivité étonné(e)* » (Déimos se rend-il compte, étonné, de sa

propre potentialité agressive finalement niée jusque-là?). Il dessine au tableau un homme qui tient un pistolet face au bébé.

LB: « *Qui peut être cet homme?* »

D: « *C'est moi* »; puis il délaisse le tableau reprenant le jeu dans lequel le grand petit bébé reprend le massacre à la fin duquel: « *là il est à plat* » (Tentative de calmer le jeu dynamique en 3 dimensions dans 2 dimensions figées? Mettre à plat le trop d'idées agressives? Quel bébé tue-t-il à la fin?).

Dans les séances qui suivent Déimos met en place le jeu agressif m'expliquant à son initiative les raisons des conflits: disputes de territoire, de richesse, désaccord sur le commandement. Se rapprochant de moi en distance, il le fait avec prudence et tapotant ses doigts sur le bureau, chantonnant, se frottant les mains et se grattant beaucoup la tête. De quelle auto-réassurance sensorielle (auto-érotisme primaire?) s'agit-il ici? Il pose alors de nombreux objets au bord du bureau et de nombreux survivants trouvent refuge sur mon agenda, et je choisis de participer activement à leur protection lors de certains jeux, les éloignant du conflit ou renforçant la protection. Mon idée alors est que si Déimos cherche des alternatives au clivage attaquer/ être attaqué (ou, en terme de violence fondamentale: moi ou l'autre); je peux servir de soutien à la mise en scène de ces alternatives. Une certaine temporalité s'installe avec parfois des alarmes qui annoncent les catastrophes et bombardements, ou des scénarios repris de la séance précédente. Également, Déimos est à présent pressé pour la mise en place, il craint de manquer de temps pour le jeu alors que la séance est limitée à 40 minutes, il se plaint auprès de moi qu'il ne soit pas possible de conserver la salle en l'état d'une séance sur l'autre (il quitte la pièce sans jamais ranger, s'arrête là où il en est quand j'annonce la fin de séance). Il s'interroge également sur ce qui différencie le vivant et le mort sur les personnages, et le mort semble être « *celui qui ne bouge pas quand on lui fait mal* ». Ne pas réagir semble être assimilé à la mort. Peut-on penser les troubles de l'endormissement de Déimos comme une résistance à s'engager vers un sommeil équivalent de la mort?

Séance 55: Entre la séance précédente et celle-ci, j'ai accepté un rendez-vous conjoint avec Déimos et ses parents, à leur demande. Ils souhaitaient « *faire le point* ». Déimos est d'abord silencieux bien que je l'ai invité à prendre la parole en premier. Il

écoute ses parents exposer leur impression d'un mieux-être social en groupe, avant de se rendre à l'école, alors que les troubles du sommeil persistent. Je dis ma proposition de poursuivre les rendez-vous. Déimos dit alors clairement son souhait d'arrêter nos rendez-vous, sans parvenir à motiver ce souhait. Lui et moi partageons alors la surprise d'entendre la décision parentale: puisque la proposition était de poursuivre et puisque les parents le souhaitent, Déimos se voit contraint par ses parents de venir.

À la séance 55, Déimos fait des liens entre sa contrainte de venir à nos rendez-vous, et celle d'aller au ski ou de sortir en famille. S'il décidait seul il resterait tout le temps au domicile.

D: *« Je préfère rester à la maison à faire rien, je suis agacé d'être obligé par mes parents. Je voudrai faire rien comme dans une vie normale, sans rien de trop insolite ».*

LB: *« Par exemple »*

D: *« Mon père cherche l'insolite, comme des voyages ».*

Notons ici l'identification en différenciation, négative, par rapport à son père qui valorise par ailleurs l'originalité de son fils.

Séance 57: Déimos semble au plus près de la préoccupation pour le vide. Il explique qu'il a compris en cours de sciences naturelles que les cellules avaient un noyau. Il est très rassuré car il avait entendu parler de cellules mais craignait qu'elles soient vides.

D: *« Si les cellules sont vides elles sont mortes. La mort c'est ça, c'est quand on est vide dedans ».* Je pense au trop plein d'idées et au sentiment de vide que vit parfois Déimos, comme une mort psychique? *« Il y a des chercheurs qui ont trouvé cela ».*

LB: *« Cela me fait penser à un chercheur qui s'est d'abord questionné sur le vide avant de faire plein de découvertes »* (Je pense à Blaise Pascal que Déimos avait cité lors d'une séance proche).

D: *« Il y a Hooke et Van Leeuwenhoek, les inventeurs du microscope. Ils ont montré que les cellules n'étaient pas vides. Ça les rend heureux ».*

Par rapport au négatif, la crainte du vide n'est pas contrebalancée par du plein, mais par du non vide. Tout se passe comme si symboliser et survivre au négatif ne se faisait qu'au prix d'un autre négatif. Si le négatif se nie lui-même, ne peut-il se révéler qu'en

négatif? Pourtant la séquence débute par l'existence d'un noyau, d'un centre dedans; sans un mot pourtant sur les échanges entre dedans et dehors.

Séance 59: La sensation est à nouveau première, Déimos a la gorge sèche et me le dit immédiatement. Je lui propose d'associer à partir de cette sensation; lui viennent des souvenirs de gorge sèche à cause du vent créé par la vitesse en manèges de fêtes foraines ou en karting. La vitesse lui plaît et l'angoisse en même temps. Il coupe son explication et dessine une nouvelle catastrophe explosive:

D: Le dessin terminé, le tourne vers moi (rare initiative clairement adressée): « *j'exprime quelque-chose de moi* ». Je pense alors à la plainte de sa mère, inquiète de la répétition de tels dessins et qui voudrait que cela s'arrête.

LB: « *Que tu as besoin de répéter* »

D: « *Oui, c'est pas exprimé comme je veux, c'est mal fait* ».

L'hypothèse à nouveau ici est celle d'un contenu sensoriel comme appui premier d'une représentativité. Le lien entre la gorge sèche et le dessin reste mystérieux, mais le risque catastrophique est commun si nous nous référons aux attaques de paniques avec crainte d'étouffer. L'enfant m'adresse une représentation (dessin tourné vers moi). Déimos dit quelque-chose qui peut évoquer le travail du négatif en lien avec le jugement d'existence tel que Freud le propose dans son article sur la négation (1925). Quelque-chose qui existe dans la psyché est cherché mais non trouvé dans la réalité externe. Pire encore, malgré un effort de représentation, Déimos ne se reconnaît pas dans ce qu'il projette dans le dessin. Il ne reconnaît que le défaut, le négatif, le « *pas exprimé, mal fait* » qui pourrait bien être le moteur de la répétition. Tout se passe comme si cette répétition ne pouvait cesser qu'avec la reconnaissance d'une représentation totale et parfaite dans la réalité externe d'un objet de la réalité psychique; défi impossible. Pourtant ce négatif est peut-être enfin reconnu dans une dynamique sensation-représentation hors représentation en langage; le risque agonistique de la « *sensation gorge sèche* » serait risque agonistique « *destruction explosive* » dans le dessin. La représentation ne peut être qu'incomplète, mais est ici reconnue. Que penser du fait qu'à ce jour Déimos n'a plus réalisé aucun dessin de ce type sur papier?

Cette question du jugement d'existence se répète à la **séance 61**, cette fois-ci avec un

risque que le fantasme catastrophique se réalise. Déimos réalise des tremblements de terre dans le jeu, s'interrompt pour me demander si j'ai senti le tremblement de terre (réel) de la semaine dernière. À cet instant je crois qu'il s'interroge sur sa propre implication dans les catastrophes:

LB: « *Que ferais-tu si tu avais le pouvoir de créer des tremblements de terre?* »

D: « *Je sais pas, je préfère pas y penser* », suit un long soupir

LB: « *Rien qu'en parler ça fait faire de gros soupirs* » (en fait il ne s'agit pas d'en parler mais bien d'y penser!).

D: « *Oui, et ça peut faire de gros dégâts* »

LB: « *Rien que d'y penser?* »

D: silence, « *peut-être que pas* ».

Suivant nos hypothèses un fantasme archaïque de toute puissance, animique, permettant qu'un fantasme se suive de sa réalisation dans la réalité; serait ici à l'œuvre. À défaut de rencontre ou de renoncement, le fantasme d'un pouvoir de catastrophe (destruction) serait en jeu. La formule négative « *je sais pas, je préfère pas y penser* » suivie du soupir nous paraissent marquer un négatif en langage comme en corps. Le fantasme (réalité psychique) risque de se réaliser dans la réalité externe; et le jugement d'existence est peut être finalement marqué d'un doute; alors que Déimos reprend du thérapeute l'adjectif « *gros* » (pour soupir) pour l'appliquer aux dégâts éventuels.

Séance suivante nous sommes dans un temps médiatique social qui expose un scandale sanitaire dans lequel de la viande de cheval remplace du bœuf dans des plats préparés, à l'insu des consommateurs. Déimos n'en dit mot, mais dessine au tableau le plan de l'usine « resta ». Cette usine a des dispositifs hyper-spécialisés de contrôle de toutes les étapes de la production de poulets préparés: « *démembreuse, déchiqueuse, écraseuse et découpeuse* ». Le négatif dans le langage s'exerce quand je demande à Déimos ce que lui inspirerait une telle usine: « *ça ne me dégoûte pas* ». Le sensoriel n'est pas au premier plan malgré les traitements faits aux corps des poulets. Mais suivant notre démarche le dessin, perceptivo-moteur dans sa réalisation puis perceptif en voyant le résultat permettrait ici à Déimos de représenter son affect du scandale sanitaire, maintenant l'illusion de maîtrise en évitant d'explicitement la réalité. L'idée est la suivante: plus que la parole portée sur le dessin, le temps de construction du dessin (long avec

beaucoup de corrections, précisions, légendes) et sa contemplation sont au plus près d'une représentation psychique que le langage ne saurait préciser mieux.

Séance 65 : Le « *grand petit bébé* » se saisit (par les mains interposées de Déïmos) d'un bâton avec ruban. Il le fait claquer sur les petits personnages adultes:

LB: « *Quelle émotion ressent le grand petit bébé à cet instant ?* »

D: Il fait agir la destruction par le bébé d'autant plus fort, lui fait donner des coups de pieds et bâton. « *Ben, une émotion neutre* »; silence, « *mais il aime* ».

LB: « *Que pense-t-il de ce que cela fait aux personnages ?* »

D: « *Il sait que ça leur fait mal mais il s'en fiche. Il aime ça. Mais s'ils font que l'embêter il a une grosse colère* »

LB: « *Comment les bébés expriment leur colère* »

D: « *Ils pleurent* »

LB: Je pense à cet instant que Déïmos était décrit comme un bébé qui pleurerait beaucoup: « *Toi quand as-tu pleuré ?* ».

D: « *Pour aller au ski. J'ai pleuré car mes parents m'ont forcé et j'en ai horreur* ».

LB: « *Ça faisait une grande émotion* ». À cet instant Déïmos me regarde surpris, et je comprends qu'il m'expose un état de fait mais pas une émotion. Aussi, il ne semble pas envisager que la scène puisse se rapporter à une émotion alors que nous venons l'instant d'avant d'évoquer la colère. Je sens un clivage: l'opérateur exclut l'affect.

LB: « *Comment sais-tu que tu pleures* » (À cet instant je cherche un détail sensoriel qui permettrait à Déïmos d'ébaucher ce qui se passait pour lui à cet instant).

D: « *J'ai des larmes, je les sens sur la joue* ». Il reprend le poupon, l'étrangle avec le ruban qu'il déploie ensuite le faisant fortement claquer. Bruits et gestes sont forts, brusques, rapides à l'inverse de l'habituelle lenteur tranquille apparente.

LB: « *Ça fait du fort comme ça* »

D: « *Comme un fouet* ».

L'hypothèse proposée est la suivante: les efforts du thérapeute pour que Déïmos qualifie un événement au niveau de l'émotion sont vains. Le premier parle émotion quand le second « figure »; dialogue impossible. La description opératoire stabilise un risque émotionnel et empêche l'association d'idée. In fine la sensation « *larme qui*

coule », vécue non pas en direct mais en langage relance la scénarisation. À nouveau la sensorialité gestuelle et auditive qui « frappe » le thérapeute est restituée au patient « *fort comme ça* ». Déimos de conclure avec le fouet, mouvement présent dès le début de séance qui semble dire la représentation pulsionnelle agressive en jeu. La suite nous semble renforcer cette hypothèse qui reste marquée d'un négatif à la dernière réplique.

LB: J'encourage ses gestes et bruits, Déimos fait de plus en plus fort en regardant devant lui comme s'il y avait quelqu'un. Hallucine-t-il une personne à fouetter? « *Oui, tu peux imaginer quelqu'un* »

D: « *Oui là je vois bien* »

LB: « *Qui cela pourrait-il être?* »

D: « *Je vois bien mais je peux pas dire qui* ». À quel niveau se situe le « *je peux pas dire* »? S'agit-il ici d'une représentation préconsciente réprimée, d'une représentation enfin consciente qu'il ne peut verbaliser, ou encore d'un négatif juste perçu à cet instant?

Pendant plusieurs des séances qui suivent Déimos m'implique explicitement dans les jeux de guerres. Un tour de rôle et des règles sont définis de sorte que ces séances ressemblent à des parties d'échecs avec mise en place au sol des armées. Les déplacements sont soumis aux règles. Un tirage au sort permet de définir si les attaques sont manquées ou touchent, ainsi que l'ampleur des dégâts. Quelques glissements de règles font que je perds à chaque fois, mais survit en étant bien présent au rendez-vous suivant... L'hypothèse proposée est que Déimos peut éprouver et vérifier la survie psychique et réelle (en termes de présence) du thérapeute aux attaques telles des coups de fouet...

Séance 76: Déimos commence par exposer verbalement ses attitudes de repli au collègue. Il se replie quand il a peur et ne peut dire de quoi. Il poursuit comme ci-dessous :

D: « *Quand j'ai peur je suis un peu figé. C'est surtout la nuit, je me fais peur à moi-même à partir des choses que j'ai vues* »

LB: « *Vues?* »

D: « *Dans les livres; c'est que les images* ». À cet instant un avion militaire passe au-dessus du bâtiment à basse altitude mais à grand bruit; Déimos se fige.

LB: « *Là tu te figes* »

D: Visage très inquiet; « *c'est un avion!?* » (l'intonation empêche de savoir s'il s'agit d'une affirmation ou d'une interrogation). Silence. « *J'ai reconnu, je sais que c'est un avion* ». Silence. « *Il n'y a plus de peur* ».

LB: « *Quelle est ta plus grande peur?* »

D: « *Les monstres, ceux de la nuit dans mon imaginaire* ».

LB: « *Je sais que tu lis beaucoup. Je me dis que ces images à la fois te font peur et t'attirent* »

D: « *Oui, il y a de ça. Sur le moment ça m'intéresse, c'est après que je me rends compte que j'ai peur. Je suis curieux de ce qu'il y a dans les livres* »

LB: « *Dans les livres il y a aussi du savoir* »

D: « *Oui, mais savoir sur ce qui n'existe pas c'est effrayant* ».

Nous proposons à nouveau ici que la sensation « se figer liée à la peur » soit activée et soutenue par l'effraction du bruit du passage de l'avion. Son vécu dans la réalité soutient la pensée de Déimos, et permet de faire l'hypothèse que Déimos, excellent élève, intègre un savoir contre les risques d'effraction d'émotions: savoir que c'est un avion contre la peur. Le négatif est pourtant encore là quand il s'agit d'un savoir effrayant sur ce qui n'existe pas.

Nous ne pouvons conclure sur une thérapie encore en cours. La dernière vignette ci-dessous nous semble montrer les efforts de Déimos pour venir au plus près d'un négatif archaïque, d'une mémoire implicite. Cette vignette se construit sur trois séances et occupera ensuite de nombreux échanges entre l'enfant et moi.

Séance 87: Déimos accepte lors d'un rendez-vous avec ses parents la poursuite de la thérapie. Ses parents le souhaitent et, ne sachant lui-même se positionner, il a choisi de suivre leur avis. L'ensemble de ce rendez-vous s'est concentré sur un paradoxe: Déimos semble aller mieux et moins bien à la fois. Ce paradoxe est soutenu par Déimos et ses deux parents. Déimos semble aller mieux: il dort mieux, les troubles de l'endormissement persistent mais une fois le sommeil trouvé sa qualité est meilleure avec peu de réveils. Déimos et ses parents conviennent d'une certaine sérénité de l'enfant dans les situations sociales, il parle un peu plus en groupe, redoute moins les situations, se sent mieux avec les autres, ne montre plus de symptômes corporels lors

des stress liés au collège. À l'inverse Déimos semble développer une autre expression de son angoisse. Un peu le soir mais essentiellement le matin, Déimos est saisi d'une angoisse forte alors qu'il doit se déplacer dans le couloir sombre qui va de sa chambre vers le reste de la maison. Il est pétrifié et parfois reste figé, crie souvent. Cette expression est nouvelle et, d'après l'enfant, il s'agit de l'apparition d'une nouvelle angoisse plutôt que d'un changement d'expression de celle-ci. Déimos nomme la peur, mais ne sait de quoi (peur sans objet). Les parents de l'enfant pensent que le noir du couloir crée cette peur, ils comparent cela aux troubles de l'endormissement et au noir de la chambre à coucher.

Séance 88: L'enfant débute immédiatement la séance en se mettant dans un tonneau en plastique, qu'il me demande de recouvrir d'une couverture. Je m'exécute; suit un long silence dans lequel je pense que Déimos a ici à éprouver, comme priorité et besoin immédiat sur une quelconque symbolisation.

D : dans le tonneau, sur un ton étonné: *« c'est noir mais je ne suis pas effrayé! Je serai peut-être effrayé si j'étais dans le noir seul »*. Je pense à cet instant qu'il n'est pas seul et que j'ai accepté de participer à la mise en place de la situation. Également après coup, je pense que cette pensée aurait pu être transmise à Déimos.

LB: *« Seul comme à la maison? »*

Déimos, toujours dans le tonneau, expose dans un grand monologue que la traversée du couloir sombre de la maison est sereine s'il est accompagné. Par contre la peur dans le noir seul ressemble à celle qui vient lors des endormissements. J'émetts à Déimos l'hypothèse que plus que le noir, c'est être seul qui crée de l'angoisse. Déimos de répondre: *« oui mais être avec les autres j'aime pas ça non plus »*. Peut-on ici faire l'hypothèse que Déimos ne peut être ni seul ni avec d'autres. Déimos couche le tonneau et entame un bercement dont il ne peut rien dire, mais qui me fait penser à un auto-bercement sensoriel d'un bébé seul. Il cesse et dessine: *« un animal monstrueux géant qui avale des hommes »*; il n'en dira pas plus.

Séance 89: Déimos renouvelle l'expérience de se mettre dans le tonneau. Le silence est long. Puis pendant un temps aussi long Déimos gratte dans le tonneau, souffle. Il sort enfin, marqué par un visage très blanc.

LB: « *Que cherchais-tu?* »

D: « *La peur* »

LB: « *Tu l'as trouvée* »

D, d'un ton déçu: « *un peu* »

LB: « *ça s'arrête quand tu sors du tonneau?* »

D: « *oui tout de suite. Le problème à la maison c'est que je peux pas l'arrêter. Il n'y a pas que le couloir, il y a aussi la salle de bain et la chambre. Je peux pas l'arrêter et c'est pour ça que c'est effrayant* »

LB: « *comme s'il y avait deux peurs: la peur et la peur de ne pas pouvoir l'arrêter* »

D: « *Non que la peur. Heu si, un peu de peur de ne pas l'arrêter. Parfois j'ai peur un peu de ne pas arrêter la peur, parfois je suis obligé d'aller chercher un objet dans le noir, au garage par exemple, pour faire comme mes parents me forcent, ils m'obligent* »

LB: « *pour obéir aux parents* »

D: « *oui* ». Il couche le tonneau et débute le bercement comme à la séance précédente, plusieurs minutes.

LB: « *et là quelle sensation cherches-tu?* »

D: « *des sensations fortes, je pourrais aimer des sensations fortes si je les contrôlais* » (Je pense à la phobie des manèges).

LB: « *comme la peur, qui serait plus facile à accepter si tu pouvais décider de la fin* »

D: « *Oh oui, mais c'est quelque-chose qu'on peut pas contrôler ou alors très difficile* ».

Le contrôle des sensations, de l'empiètement sensoriel nous semble ici au cœur du travail de l'enfant. Il ne peut être ni seul ni avec, ni contrôler ni accepter de ne pas contrôler, mais met en scène sensori-motrice cette souffrance dans nos rendez-vous, acceptant après coup l'échange verbal. Tout se passe comme si Déïmos devait éprouver au plus près et en présence (au sens au présent et en présence d'un autre) des sensations indicibles et non partageables pour pouvoir enfin les partager.

7.1.1.3 Réponses de Déïmos au protocole de recherche

Sans commenter nous indiquons ci-dessous les réponses de Déïmos. Les résultats

chiffrés, peu caractéristiques, sont dans les annexes à partir de la page 275. Seules les réponses à l'évaluation des représentations corporelles figurent ci-dessous. Les verbalisations de l'enfant sont en italiques, les relances du clinicien en caractère droit.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Il y en a beaucoup. (silence) Oui. Il y a les poumons, le cœur, les intestins, le foie, le pancréas, le cerveau, les os les veines, les muscles, les bactéries. Que font les bactéries ? Elles sont utiles.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La peau, les ongles, les yeux, les oreilles, le nez, la bouche les cheveux, les bras, les jambes, la tête.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les muscles, les os. Si on parle de muscle on parle de tout. Je vais arrêter là.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Bien trop de choses qu'on puisse citer. Par exemple. Bouger.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Les organes, les os. L'intérieur est fragile. Comment cela se fait ? C'est plus sensible. Sensible ? Oui, par exemple si on touche le ventre ça fait mal, mais si il est ouvert ça fait plus mal.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

Les os parfois, c'est fragile et solide. Les dents (il touche ses dents). Elles doivent mâcher. Les muscles tendus deviennent solides et durs.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Je n'en ai pas de préféré.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

J'aime pas trop l'estomac, on a plus faim, parfois y'a pas assez ou ça fait mal. Les dents poussent et ça fait mal, quand on vieillit il faut renforcer dans du fer. Du fer ? Oui, l'appareil.

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

Dans une partie du cerveau. Quelle partie ? La méninge.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

Ah !

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Dans l'oreille.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Elle sera très effrayée. Et puis. C'est très noir, elle se tapera partout, elle se cognera à des choses gluantes. Elle aura qu'une envie c'est de ressortir.

- Tu as raison la fourmi entre mais par où... Alors à la fin elle ressort par où?

Elle entre par la bouche et ressort par la bouche.

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? Qu'est ce qui était beau? Et pas beau?...

C'était plutôt étrange et difficile à comprendre.

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? Où?

Plutôt mal, ça l'angoissait. Mal où ? Partout, quand la fourmi est sortie elle se sentait un peu mieux, soulagée.

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

(Long silence). *Elle raconte tout aux autres fourmis. Dans quel but ? Elle leur explique qu'elle a eu très peur et que l'humain reste un mystère.*

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

Une patte plus grosse que les autres. C'est génétique.

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle avait un peu honte. L'aimait-elle? Oui. Et le papa ours? Il était pas content, il avait trop honte, plus que la mère. Et les autres oursons, frères et sœurs? Ils se moquaient un peu de lui.*

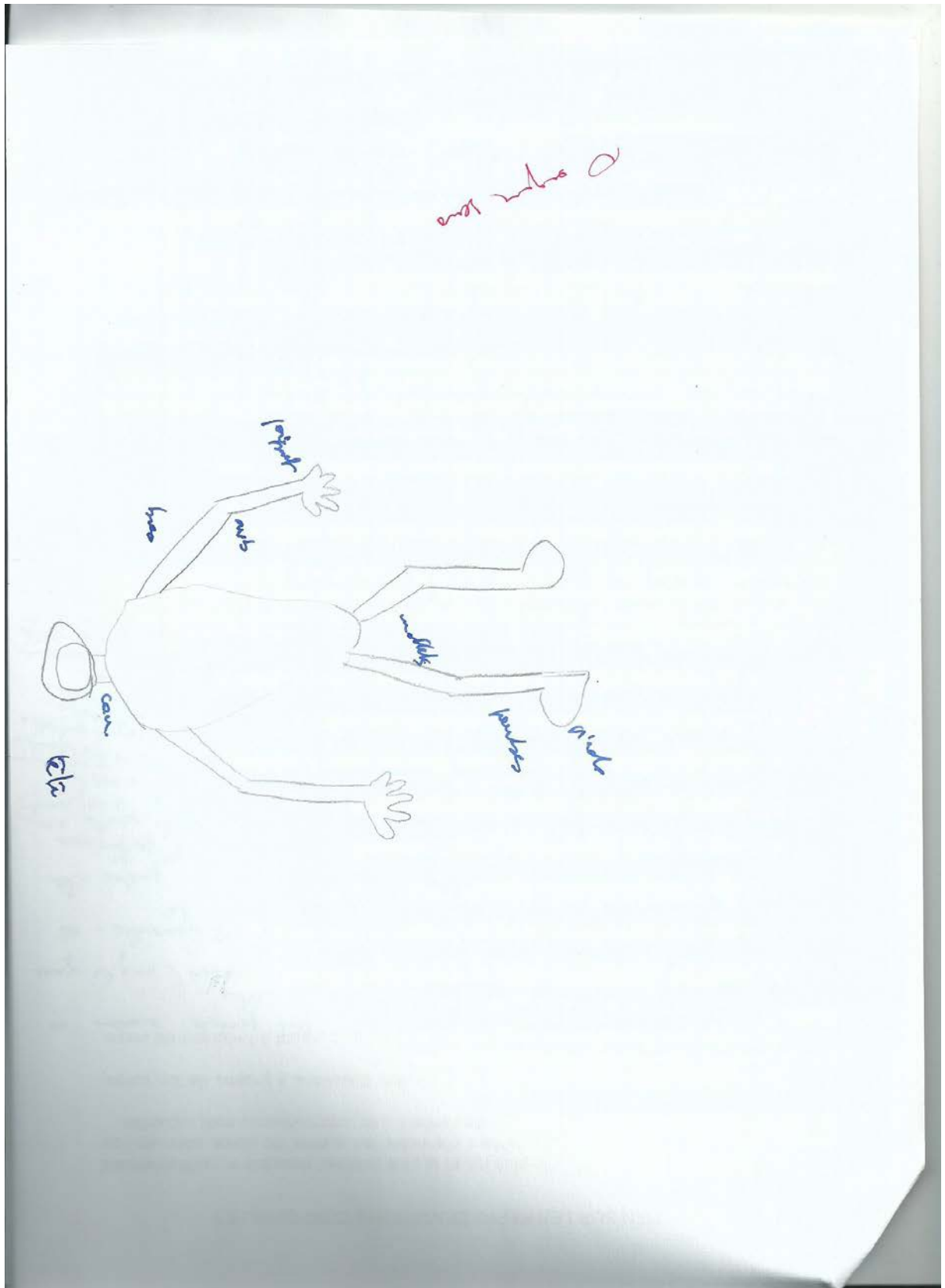
Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Lui il aime pas trop les moqueries des frères, il trouve pas ça bien la différence.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il décida de partir, de quitter sa famille. Et il se sentait comment alors ? *Un peu mieux.*

- Comment se termine cette histoire?

Il grandit, il se rend compte que sa patte servait à quelque chose, il pouvait déménager très vite des gens.



Dessin du bonhomme de Déimos.

7.1.1.4 Confrontation entre protocole de recherche, hypothèses de recherche et clinique

Excepté l'entretien sur les représentations corporelles; les résultats de Déimos au protocole de recherche viennent davantage contester que renforcer nos hypothèses. Le détail des réponses de Déimos aux autres points du protocole sont en annexe à partir de la page 275.

Nous développons ci-dessous nos résultats. Les réponses au questionnaire de Weinberger ne semblent relever d'aucune particularité. Si le score « expérience de détresse » est relativement haut, il ne diffère pas des résultats attendus (Weinberger, et Davidson 1994 et Paget, Consoli, Carton, 2010), ni ne semble conforter l'hypothèse d'une forte répression chez Déimos puisque le score maîtrise de soi est lui aussi peu caractéristique. Il en va de même quant aux résultats du questionnaire d'alexithymie pour enfants. Nous notons la disparité des résultats, avec l'hypothèse d'une forte angoisse à partir du score élevé des « pensées tournées vers l'extérieur »; cependant nous suivons les recommandations des auteurs de l'étude initiale (Lahaye, Luminet, Broeck, Bodart, Mikolajczak, 2010) de ne tenir compte que du résultat global car les biais de l'étude initiale empêchent une analyse plus fine. Au bout du compte ce résultat est tout à fait dans la moyenne. Également, nous attendions une relative pauvreté dans les résultats du test des points d'appui au sol et là encore; les réponses de Déimos ne montrent aucune particularité. Il faut se rendre à l'évidence, les résultats de cette partie du protocole ne confirment ni nos hypothèses de recherche ni nos impressions cliniques.

L'évaluation des représentations corporelles, par sa qualité projective, apporte bien plus d'éléments qui permettent à la fois de discuter nos hypothèses de recherche et nos hypothèses psychopathologiques concernant Déimos.

Le dessin du bonhomme (page 285), relativement immature pour l'âge de Déimos, est dépourvu d'organes sensoriels. L'enfant souffre-t-il, tel Déméter cité en vignette clinique en fin du paragraphe 3.1, page 59, d'un « syndrome de Slender », ce personnage de jeux vidéo exclusivement dermique et dépourvus d'organes des sens ? Le dessin montre un bonhomme lui-même « évidé », sans détail ou trait vestimentaire. Le

questionnaire corporel nous semble refléter par quelques détails à la fois un certain contrôle « en précision » et l'investissement défensif de Déimos vers la connaissance, l'intellectualisation. La fragilité du corps est « l'intérieur », et la rupture de limite dedans-dehors est un indice de gravité : « *si on touche le ventre ça fait mal, mais si il est ouvert ça fait plus mal* ». Pourtant l'intérieur est craint, mais en même temps un attracteur, Déimos fait entrer la fourmi à l'intérieur du corps avant même que le conte ne le suggère. À l'inverse la solidité du corps est liée à une partie dure (dent), que Déimos doit toucher en direct, comme pour vérifier la réalité sensorielle de la solidité *en présence de l'objet*. Il en va de même des muscles « *tendus qui deviennent solides et durs* ». Le solide ; c'est le dur. Quelle introjection d'un soi solide a échoué chez Déimos, rendant sa perception du solide dépendante de la réalité externe des sensations ? Cet accrochage à la réalité pourrait bien être insuffisant vis-à-vis de l'angoisse, car Déimos évoque dans la réponse suivante, un corps qui n'a pas assez (à manger) ou fait mal, alors que les dents supposées solides tombent. Le solide n'est pas fiable, il y a un risque de perte, de chute. Ces éléments semblent en harmonie avec le recueil d'éléments au conte de la fourmi. Le voyage à l'intérieur du corps est assez terrifiant. Il y a de l'indicible, dirions-nous un négatif : « *étrange* » et « *difficile à comprendre* », avec un « *mystère* » terminal.

Nous envisageons ici un refoulement primaire d'un objet externe avant qu'il ne puisse être introjecté sous une forme ou une autre : indiquant un abus précoce de travail du négatif. Une autre hypothèse est possible : celle de l'introjection d'un objet persécutant, clivé, mauvais. Cette hypothèse pourtant nous semble moins solide à l'épreuve de la clinique (peu ou pas d'identification projective, existence de quelques figures rassurantes de la réalité par exemple, ainsi que quelques signes d'ambivalence). La sensation « désagréable » et l'angoisse envahissent le garçon et la fourmi à l'intérieur, et la fin du conte est un soulagement car c'est la peur qui domine le vécu de la fourmi (comme celle citée par Déimos dans la thérapie ?). Un certain clivage sensoriel « douloureux » apparaît, alors que les vécus agréables comme la solidité du corps (surtout l'intérieur) sont absents. Nous proposons l'hypothèse ici d'un narcissisme primaire à l'image de ces projections, qui ne peut engendrer que de fortes souffrances psychiques. Le conte de l'ourson pas pareil nous semble marquer des projections moins archaïques. La honte domine l'ourson pas pareil dont la particularité est pourtant « *plus*

grosse », alors que ceux qui pourraient apporter de l'aide marquent l'ourson de la honte et du stigmat. L'ourson soumis aux moqueries doit finalement « *partir seul* » comme seule alternative mais avec le retournement du handicap en force; « *faire déménager très vite les gens* », augure de bonnes ressources. Enfin le ventre, l'estomac, la sensation de faim apparaissent comme sensations particulièrement préoccupantes dans le protocole. Au cours de la thérapie, Déimos a souvent envisagé la colère du grand petit bébé comme conséquence d'une faim insurmontable.

Dans nos hypothèses, Déimos déploie une grande énergie à nier l'angoisse de mise en tension entre dedans et dehors. Si cette angoisse semble se révéler dans le conte de la fourmi, elle semble pouvoir cohabiter avec des processus plus secondarisés, un peu œdipiens mais surtout du côté de tensions dans la fratrie (Déimos est un jumeau et a également une grande sœur). Pour autant les processus dominants la psychopathologie chez Déimos ne nous semblent pas œdipiens, mais plutôt du côté de processus psychotiques, autistiques, et issus de la négativité. L'enfant répond pour partie par des tentatives de maîtrise par rituel, intellectualisation, pensée opératoire... Déimos répond aussi par un évitement dans la réalité de ce qui viendrait contrarier cette mise à l'écart : il s'isole de ses pairs et en famille, a des centres d'intérêt restreints et prévisibles. Cette angoisse apparaît à la faveur de la projection soutenue par le conte de la fourmi. Il se pourrait que Déimos ici ne sente d'appui solide qu'à l'extérieur, en sensation puisque même les figures secourables ne sont pas fiables. Déimos a exprimé à plusieurs reprises en thérapie son impression que les adultes, parents en particulier ne comprennent rien à ses difficultés et ne peuvent pas l'aider. Sa mise en scène des catastrophes, son travail d'éprouver les sensations et l'angoisse dans une expérience réelle (s'enfermer dans le tonneau pour retrouver la peur) semblent montrer sa capacité à figurer, représenter comme il peut sa réalité psychique. Nous croyons que cette thérapeutique à médiation du jeu et surtout d'expériences motrices et sensorielles permet à Déimos de s'approcher au plus près du négatif. Les développements langagiers dont il est capable suivent une expérience sensorielle, immédiatement partageable sur un mode peu métaphorique. Il s'agit bien de figuration bien plus que d'élaboration secondaire, et nous postulons que ce type de travail permet un certain « éveil » ou « retour » du négatif (pour partie) bien plus qu'un retour de refoulé. Cette activation du négatif est permise, selon nous, par la réactualisation (ou peut-être, la première actualisation) de sensations indicibles enfin

mises en lien avec la dynamique psychique de Déïmos, via celle du thérapeute. Comme dans les premiers temps de vie, tenter de comprendre et dire l'indicible des sensations se fait au minimum à deux.

7.1.2 Kali

Dans la mythologie hindoue, Kali apparaît comme déesse du temps. Dans ce statut elle semble reconnue dans une double valence créatrice et destructrice, dans la succession des générations à la fois dans la vie et dans la mort.

7.1.2.1 Éléments d'anamnèse

Je rencontre Kali en CMP en décembre 2012 alors qu'elle fait juste 9 ans. Elle vit avec ses deux parents et deux frères plus jeunes. L'ensemble de la famille participe aux travaux de la ferme aussitôt qu'ils en ont le temps et en fonction de leurs capacités. Les parents ont pris rendez-vous pour Kali au CMP sur incitation de l'école. Pourtant la souffrance de Kali s'exprime à l'école mais également au domicile. À l'école, Kali « *ne travaille pas* », évite d'écrire. Quand elle est contrariée (contrainte dans une demande semble-t-il), elle utilise largement les gros mots pour s'adresser à ses pairs et également parfois aux adultes. Au sujet des échanges entre enfants; école et parents s'inquiètent depuis longtemps (personne ne sait situer depuis quand) que Kali se laisse passivement violenter lors des heurts entre camarades. L'élément scolaire qui déclenche l'incitation à consulter est que récemment, Kali ne s'est pas laissée faire et a répondu à une provocation avec une forte violence jusqu'à frapper son camarade au sol à coups de pieds. À domicile Kali est décrite comme très « *obéissante* », travailleuse... Pourtant elle souffre à la fois d'un endormissement difficile (régulièrement après minuit) ainsi que de réveils en cours de nuit. Même si tout cela va « *un petit mieux* », Kali sent parfois un mal être qu'elle ne peut définir. Cette sensation plutôt de fin de journée ou de début de nuit s'apaise ponctuellement après un détour rapide mais intense au réfrigérateur. Là aussi Kali dit au premier rendez-vous « *mais ça va un peu mieux* ». La mère présente au rendez-vous précise d'anciennes mais longues difficultés lors des séparations à la mise à l'école maternelle. Kali se sent tendue, stressée, et sa demande concerne surtout son sommeil et l'espoir d'être moins tendue à l'école puisque cette tension va jusqu'à des douleurs de ventre le matin pour s'y rendre.

7.1.2.2 La thérapie

Premier rendez-vous

Le premier rendez-vous avec Kali sans ses parents apporte d'emblée un matériel clinique riche. Kali expose que son grand-père paternel serait décédé le jour même de sa naissance; « *presque à l'heure* ». Elle enchaîne qu'elle aimerait vivre comme Heïdi, ce personnage qui vit avec son grand père en montagne. Dès ce premier rendez-vous Kali réagit à la relance incitant à préciser sur le « *comme Heïdi* »: « *elle est élevée par son grand-père car ses parents sont décédés; elle est très heureuse comme ça* ». « *C'est une vie difficile mais c'est la liberté* ».

Début de psychothérapie envahi par le négatif.

Jusqu'à la séance 18, nous faisons l'hypothèse qu'à la fois Kali apporte un matériel clinique puis bloque son développement. Le discours est assez laconique, et deux fois Kali refuse ma proposition de tenter une médiation corporelle sous une forme proche de la relaxation. L'idée fut que, dans un travail d'évitement de dire (évitement de penser?) Kali pourrait être « surprise » de ce qui advient en médiation corporelle, et peut-être se risquer davantage dans la représentation.

L'enfant reste donc dans un discours relativement opératoire. Elle expose des répétitions autour de la dure vie en montagne comme la dure vie à l'école. Elle compare sa force et celle des adultes, la sienne et celle d'autres garçons. Également elle expose ses nombreux loisirs; catéchisme, rugby, cheval, chant. À quoi servent toutes ces activités dans l'économie psychique? Liés aux éléments d'anamnèse cités, les premiers rendez-vous confirment les premières impressions cliniques; celle d'une enfant se présentant assez laconique, avec peu d'expression d'affects, beaucoup de contrôle; elle fait penser dans cette période au paradigme de l'état limite. Des processus du registre obsessionnel semblent également à l'œuvre.

Je fais une hypothèse que je ne partage pas avec elle; celle d'une identification vers le père (disons le masculin) plutôt que vers la mère. Ses goûts sont ceux du père (rugby, vie en cabane), elle se dit « *forte comme le père* », « *déterminée comme lui* », « *avec son caractère...* ». Elle s'intéresse à sa généalogie, mais essentiellement du côté paternel et, dans cette branche, essentiellement les hommes. Kali questionne les origines

géographiques des ancêtres ainsi que les exploits guerriers des hommes de la famille, se centrant particulièrement sur la première guerre mondiale. Dans ces temps « *les femmes devaient faire le travail des hommes...* ». Mettant en avant la sévérité des parents, Kali répète attendre de la sévérité de la part des maîtresses. C'est pour cela que les relations entre elle et sa maîtresse sont difficiles: « *elle n'est pas assez sévère* ». Kali convient qu'elle entretient cette répétition quand je lui répète son propre discours: à la rentrée scolaire 2013, elle est allée dire à sa nouvelle maîtresse dès le premier jour qu'il « *fallait qu'elle soit sévère avec elle* ». L'impératif est plus qu'une demande. D'autres éléments apparaissent: elle expose que ses frères sont préférés des parents, en particulier l'un d'eux qui est « *le chouchou* ». Pour Kali, ses frères (masculins) semblent mieux répondre aux attentes des parents et davantage recevoir les échanges affectifs. Ici pourtant l'hypothèse est double et inversée: faut-il ici envisager une identification au père ou une identification négative à la mère? En d'autres termes, l'appui subjectif sur les repères masculins est-il premier ou par défaut de repérage des appuis plus féminins?

Lors de tous ces échanges, Kali expose mais ne semble pas mettre en lien. Elle répète mais ne questionne pas sa participation dans ce qui se passe. Elle décrit sans donner d'indice sur la tonalité émotionnelle de ce qui est exposé. Elle paraît très alexithymique et recueille d'ailleurs le plus haut score au questionnaire d'alexithymie enfant de notre protocole de recherche (Loas et al 2010, situé en annexe page 279). Les relances ou liens de la part du thérapeute semblent sans effet (du moins sans effet immédiat). Kali y répond par des silences, des regards, ou des « *je ne sais pas* » comme s'il s'agissait d'une question de savoir. Kali constate des enchaînements relationnels sans en penser quelque-chose, elle se gratte jusqu'au sang y compris en séance déclarant que cela n'a rien à voir avec sa souffrance.

Séances 18-19-20.

Séance 18: Au milieu d'un exposé assez opératoire sur des moments quotidiens Kali laisse un silence. Puis elle se gratte fortement les avant-bras sur des cicatrices moins récentes de grattage, jusqu'à saigner. Plutôt que d'associer sur le grattage, j'invite Kali à prêter attention à la sensation:

LB: « *là, il se passe quelque chose pour toi que tu fais toi-même, et que tu peux sentir avec tout ton corps mais surtout avec tes doigts et ta peau* »

Kali se met à relater un accident récent en montagne dans son village: un homme allant garder son troupeau (je pense à cet instant au métier du père) a chuté. « *il a pas pu s'arrêter, il a frotté sur le dos et il saignait* »

LB: « *frotter, un peu comme gratter* »

Kali: « *sûrement que ça lui fait mal* »

Notre hypothèse est la suivante. Lors des rendez-vous précédents les relances pour verbaliser sur le grattage et autres productions sensori-motrices semblent sans effet. Kali ne dit pas à quoi elle pense avant, pendant ou après un tel grattage qui peut être adressé en séance et qui existe également en dehors, plutôt à domicile. Sollicitée plusieurs fois pour verbaliser, Kali avait répondu par de larges dénégation: « *ça ne fait pas mal* », « *je ne sens rien* », « *oh ça c'est rien* », « *ces marques je n'y fais pas attention* ». Jusqu'alors nous faisons l'hypothèse que le travail du négatif est venu empêcher toute élaboration à partir du symptôme « grattage ». Également, les interventions du thérapeute sont venues proposer une élaboration symbolique secondaire. Nous supposons que cette approche technique échoue pour l'une des deux raisons suivantes: soit une symbolisation secondaire est attendue là où le travail du négatif agit fortement, ce qui bloque l'élaboration renforçant la défense symptomatique en place (isolation, répression, dénégation), soit une symbolisation secondaire est attendue là où les processus psychiques en jeu sont encore primaires, et engagent le corps dans une activité peu investie par la psyché (de la sensation et/ou des doigts et/ou de la peau). Le changement technique du thérapeute vient suggérer une sensation sans la nommer, suggérant seulement l'existence d'une sensation. Mais il induit qu'un processus est en jeu, dont l'expression nécessite grattage et/ou ces mouvements des doigts et/ou la peau. Le lien à « *l'homme qui a frotté* » arrive dans un second temps, et nous faisons ici l'hypothèse d'une agressivité réprimée (vers le père, vers elle-même?). In fine Kali conjugue au présent ce qui devrait être au passé pour l'homme de l'accident, mais qui la concerne, elle, au présent: « *ça lui fait mal* ».

Nous faisons ici l'hypothèse d'une intégration psychique du « grattage qui fait mal » grâce à un double support: la proposition du thérapeute que Kali met elle-même en jeu quelque-chose (sans suggérer de qualité sensorielle) puis le recours du patient à un discours « grattage qui fait mal » pour autrui (l'homme de l'accident). Sur la fin du

rendez-vous Kali évoque que cet homme a eu besoin de secours (comme finalement elle cherche aide au CMP), et fantasme quelques scénarios pour cet homme; présence ou absence d'aide en famille, bons soins médicaux, durée du traitement. En cette fin de séance c'est la première fois depuis le début de notre travail que Kali « se permet » une fantasmatisation qu'elle partage.

Séance 19: Kali se gratte à nouveau et je fais le lien avec la séance précédente; Kali ne se souvient lors de la séance passée ni de s'être grattée ni de l'évocation de l'accident de l'homme en montagne. La négativation des enjeux soulevés lors de la séance précédente semble puissante, peut-être en proportion de la puissance des enjeux psychiques. Elle m'expose de longues minutes sur ses avant-bras les cicatrices et les dates approximatives des blessures. Elle conclut: « *j'arrive pas à m'arrêter* ». Je pense à l'homme qui frottait/chutait sans pouvoir s'arrêter, j'hésite à lui en reparler mais c'est Kali qui interrompt mon hésitation : « *Ah, si, je me souviens qu'on a parlé de grattage avec l'accident du berger* ».

Séance 20: Kali vient avec une feuille sur laquelle figure son arbre généalogique. Elle a pu le construire en demandant de l'aide à sa grand-mère maternelle et au curé du village « *qui sait tout, même les secrets* ». Nous avons fait ensemble déjà un tel arbre, sur lequel elle pensait qu'il y avait des erreurs et oublis. Kali fait effectivement quelques corrections et ajoute des femmes qui manquaient largement dans l'arbre en comparaison des hommes. Elle montre le dessus de l'arbre: « *là ça s'arrête pas ça continue* ». Ce qui continue sans s'arrêter nous semble se répéter dans le discours de Kali: généalogie précédente, grattage, violence... Elle appuie ses avant-bras sur le bureau et contemple l'arbre généalogique dans un silence, puis regarde un avant-bras. Je l'invite à verbaliser

LB: « *oui?* »

Kali: « *Il y avait un bleu. C'est comme si je le voyais là encore mais il n'y est plus* ». Elle appuie fortement à cet endroit. Y a-t-il processus cherchant à halluciner visuellement puis douloureusement le bleu, alors que la sensation de douleur est éteinte.

LB: « *Et la sensation appuyer?* »

Kali: « *Il n'y a plus de douleur* », elle appuie encore plus fort, « *mais j'ai des vraies cicatrices* »

LB: « *Des vraies, des blessures que tu te fais toi-même* »

Kali: « *oui* ». Elle se met à compter les cicatrices.

LB: Ce comptage me fait penser au récent comptage d'objets obtenus par Kali. Il s'agissait d'objets de guerre (une médaille, un certificat militaire...) de ses guerriers ancêtres blessés au combat, qui furent les premiers inscrits sur l'arbre généalogique. « *Tu comptes tes cicatrices comme des traces sur la peau, comme des traces laissées par ceux de l'arbre généalogique eux-mêmes blessés avec des cicatrices* »

Silence; **Kali** se met à gratter la feuille qu'elle a apporté avec l'arbre généalogique, ce grattage fait un fort bruit mais à présent ce n'est pas sa peau mais sa généalogie qu'elle gratte.

LB: « *Ce fort bruit te fait penser à quoi?* » Silence, Kali gratte. « *Tes gestes des ongles me font penser au va et vient que tu fais aussi sur ta peau* »

Kali: « *Moi ça me fait surtout penser au bruit d'une fermeture éclair* » (éclair?).

Dans nos hypothèses les interventions du thérapeute son discutables; en particulier le rapprochement de ce qui gratte, s'oublie, fait trace sur le corps de Kali et dans sa généalogie. Pourtant in fine Kali vient réagir à une pensée du thérapeute et propose sa pensée subjective. À partir de ces trois séances Kali utilise largement « *je pense* », en particulier en sortant d'un silence Kali débute alors des associations d'idées par « *là je pense à...* ». Ces associations comme ces « *je pense* » n'existaient pas avant ces trois séances, et sont restés stables sur les suivantes. Nous faisons l'hypothèse qu'une dynamique psychique bloquée jusque-là est alors en mouvement. Il y aurait eu un mouvement au sein du négatif: la douleur est d'abord niée, puis reconnue chez l'homme de l'accident, puis partiellement chez elle séance 20. Il n'y a « *plus de douleur* » induit qu'il y en a eu, à la différence de la négation de l'existence d'une douleur des séances précédentes. Il y aurait comme un mouvement d'une négation d'existence (pas de douleur) vers une négation d'absence (de présence) au sujet d'une sensation (il n'y a plus de douleur qu'il y avait). Ces mouvements du négatif se font ici à partir de la sensorialité « en présence ». « En présence » de la sensation, d'un autre qui suggère une sensation (sans dire laquelle), Kali semble s'approprier alors quelque-chose d'elle-même, refusé jusque-là. L'intervention « *ce fort bruit te fait penser à quoi?* » ne semble pas produire d'effet. Il nous semble relever du même écueil technique que les relances citées pour la séance 18, sollicitant une symbolisation secondaire sur l'absence.

Diversification des identifications: père, mère, pairs, fantasmatisation.

La séance 21 est assez représentative de la dynamique des rencontres qui semble s'inaugurer à partir des trois précédentes. Dans ce même rendez-vous, Kali expose à la fois sa position en agressivité passive et active en famille. Elle subit les punitions de ses parents, peut à la fois frapper ou être frappée par ses frères, et fantasme sur la dure vie d'un arrière-grand-père amputé de l'oreille à la guerre 14-18, qui se prénomme Laurent. Je n'ose relever d'un « *je m'appelle Laurent* » qui vaudrait interprétation d'une agressivité adressée en transfert vers moi, qui serait à entendre (oreille?). Kali poursuit sur ses ressemblances et différences à ses deux parents, et parle autant de sa mère dans ce rendez-vous que depuis que nous nous connaissons.

Lors des séances suivantes, Kali cite 4 copines avec lesquelles un groupe amical s'est formé. Elle compare les caractères, affinités de relations, de loisirs et conditions de vie. Elle compare avantages et inconvénients d'avoir des parents divorcés (c'est le cas d'une copine) ou un parent décédé (le cas d'une autre). Heidi, orpheline, citée au premier rendez-vous ne semble pas très loin. Les enjeux de vie et de mort deviennent explicites. Les humains et animaux de la ferme sont comparés dans les avantages, inconvénients. En particulier l'avortement naturel des animaux et l'avortement volontaire pour une femme sont cités; « *je viens de le comprendre et c'est très dur de penser cela* ».

Séance 28: Kali compare ses qualités et défauts à ceux de ses parents, ainsi qu'au curé qui a mémoire et intelligence; « *c'est rare d'avoir les deux* ». Puis elle parle à nouveau de son arrière-grand-père Laurent amputé de l'oreille en 14-18, et cherche les traces qui restent des combattants de sa famille: plaque commémorative au village, souvenirs dans la mémoire du curé, documents administratifs, broches et costumes militaires retrouvés au grenier. Puis elle demande une autre trace: elle voudrait revoir le dessin fait lors du protocole de recherche (trace dans notre rencontre?). Je retrouve et présente le document (il en produit page 201).

K: « *J'ai des regrets de l'avoir dessiné comme ça, il n'a pas d'oreille* »

Silence

LB: « *Qu'en penses-tu?* »

Silence

LB: « *Je remarque qu'il n'a ni pied ni main* »

K: « *C'est dur pour l'équilibre* »

LB: « *Et oui* »

K: « *Il y a aussi l'ouïe derrière l'oreille, pour l'équilibre* »

LB: « *L'oreille de l'équilibre, l'oreille des bruits, l'oreille amputée de ton arrière-grand-père Laurent ; je m'appelle Laurent* ». Silence. « *Des regrets de choses pas entendues?* » (je pense à la fois à des choses entendues ou non par Kali, et surtout à ce que peut-être elle n'arriverait pas à me faire entendre).

K: « *C'est tout en accord* »

LB: « *Tout quoi?* »

K: « *Tout ce qu'on dit, tout ce qu'on pense, il y a toujours quelque-chose accordé* »

LB: « *Quelque-chose* ».

Lors des séances suivantes, Nous mettons en rapport le réconfort que Kali trouve auprès des vaches de la ferme et l'insulte qu'elle supporte le moins; celle de « *grosse vache* ». Kali dit son trouble de « *se connaître* », et que peut-être elle ne veut pas se connaître (me faire entendre ou entendre quelque-chose d'elle-même?). Quand elle n'est pas bien elle parle aux vaches, ce qui lui semble une folie mais reconnaît le bien être obtenu en particulier avec sa vache préférée Li; elle n'aime « *parler qu'à Li* » (Kali?, le prénom de la vache est changé pour s'adapter au changement de prénom de l'enfant dans le texte). Kali sent bien quelque-chose de plus fort qu'elle, elle est obligée de bouger, parfois de frapper, de compter, de se gratter, de questionner sa généalogie. Avec les vaches, le chant est son autre moyen de détente. Elle chante aux vaches mais se demande « *si elle est folle* »; elle enchaîne citant les préférences de chant de sa mère: Goldman mais Kali elle, n'en « *n'est pas folle* ».

Depuis le « virage » des séances autour du grattage Kali développe verbalement davantage de liens. L'exemple de l'insulte mal supportée « *grosse vache* » liée au réconfort que l'enfant trouve avec les vaches est un exemple. Beaucoup d'exemples d'ambivalence apparaissent chez Kali, et n'existaient pas dans la première période thérapeutique. Pour exemple, Kali à la fois souhaite et redoute de « *se connaître* » mieux. Elle se rend compte du rôle que l'agressivité prend dans sa relation avec ses frères, et convient qu'elle n'aime pas mais provoque les disputes. Dans les premiers

discours; tout était de la faute de l'autre (maîtresse, frères, camarades, parents...) alors qu'à présent Kali interroge qu'elle est « peut-être un peu pour quelque-chose dans ce qui lui arrive ». Il nous semble qu'il y a un prix à payer dans notre hypothèse d'un travail du négatif moins envahissant: Kali souffre à présent d'un travail psychique plus dynamique qui l'entraîne à réfléchir sur des positions moins tranchées, voire dépressive avec la perte de la projection de toute erreur sur l'autre. Les enjeux narcissiques occupent à notre sens une grande partie du travail. Il se pourrait ici que les failles narcissiques primaires et secondaires coopèrent dans la souffrance de Kali: à la fois elle se trouve peu digne de bons soins, pas belle, grosse, se crée des cicatrices (narcissisme plutôt primaire?) et « se débrouille » pour décevoir maîtresse et parents, se dispute jusqu'à se faire insulter (narcissisme plus secondaire?).

Un petit mouvement semble avoir lieu pourtant, Kali venait peu soignée, me montrait ses cicatrices, et se faisait saigner en séance jusqu'à l'épisode du grattage, à présent elle se présente plus habillée et légèrement maquillée. Outre le paradigme de l'état limite qui nous aide à nous représenter la dynamique psychique de Kali, celui de l'hystérie peut nous aider aussi. En effet Kali semble produire des symptômes qui tendent à renverser la demande, elle fait réagir maîtresse, camarades, et « oublie » avoir parlé de l'homme de l'accident lorsque j'y fais référence évitant de se questionner elle-même. Même sur cette hypothèse d'une dynamique hystérique, il nous semble que la présentation clinique a changé depuis les rendez-vous autour du grattage de la généalogie. Kali se représente à présent qu'elle a un rôle actif dans ses relations; permettant de questionner les répétitions et enjeux relationnels dans lesquels elle se trouve.

Kali établit plus facilement des liens entre des idées qui lui paraissent initialement sans lien. Nous faisons l'hypothèse d'un moindre envahissement du négatif, en même temps que nous avons des indices d'identifications plus variés (moins exclusivement sur le père) aux camarades, grand-mère, mère... Dans ce travail de lien, Kali à présent débute beaucoup ses interventions par des formules du type « *je pense* ». Ces formules étaient peu présentes lors des premiers mois de la thérapie et signent à notre sens sa capacité à penser qu'elle pense, se représenter qu'elle représente; en un mot qu'une tiercéité est à l'œuvre (Golse, 2012). Dans ce concept il y a mise en lien entre des symbolisations primaire en présence (par exemple le grattage) et des représentations

secondaires plus métaphoriques.

Depuis lors Kali est plus loquace pendant les rendez-vous. Elle reconnaît certaines émotions, en particulier inquiétude, tristesse quand sa vache préférée est malade avec un pronostic vital en jeu. Pourtant questionnée sur sa réaction quand elle apprit que l'animal est sauvé, elle répond d'un « *ça fait rien* » suivi d'un balancement du corps en avant et d'un profond soupir (que je fais remarquer) qui n'ont « *pas été sentis* ». Elle se rend compte que la secrétaire qui fait l'accueil au CMP a changé, se demande depuis quand. Pourtant ce changement est intervenu il y a trois mois, quelle négativité fut à l'œuvre tout ce temps? Kali développe à nouveau un discours autour d'enjeux de moqueries et disputes à l'école comme à la maison avec ses frères. Un changement est intervenu pourtant, elle n'est plus exclusivement victime mais envisage sa participation à tout cela, tente de discriminer ce qui vient d'elle et ce qui vient des autres. Les enjeux narcissiques sont au premier plan, avec des expressions du côté d'être « *dégueulasse* », se sentir comme cela, se faire traiter comme du dégueulasse. À nouveau ici, Kali questionne sa participation, jusqu'à faire un lapsus : « *très bonne mauvaise note* » à la place de « *très grosse mauvaise note* ». Elle s'est simplement trompée, assure-t-elle.

Dans nos hypothèses, des enjeux narcissiques sont pris dans des processus psychiques moins figés qu'auparavant. Il s'agirait à la fois d'enjeux de narcissisme primaire impliquant le corps et de narcissisme secondaire impliquant le regard d'autrui; avec les insultes adressées par les autres. « Cachalot » et « vache » font particulièrement réagir Kali en violence, probablement en lien avec la question du sur-poids présente dans la demande initiale de consultation. Aussi, Kali élabore des représentations qui nous semblent sexualisées; ajoutant un vocabulaire sexualisé qu'elle tente d'explicitier (« *salope, pute, femme qui trompe* »; « *à qui la faute?* »; « *dégoût* » des blessures de travail qu'elle peut voir sur le corps de son père tout en étant attirée par leur vision...). Contre l'avis de sa mère, ignorant celui de son père, Kali décide d'espacer nos rendez-vous à 1 toute les deux semaines. Enfin, elle les interrompt après un dernier rendez-vous pendant lequel elle tient à compléter son arbre généalogique de deux noms masculins à 6 générations. Elle convient que sa grand-mère qui l'a aidé à construire l'arbre a quelques doutes sur l'exactitude de l'arbre. Elle conclut qu'il lui faut accepter qu'il y ait « *des doutes sur les origines* », surtout du côté de son père, alors que sa mère annonce

lors de ce dernier rendez-vous que Kali débute un zona que Kali nomme « *sida* ».

Hypothèses

Cette dernière période de rendez-vous relativise nos hypothèses. Kali tente-t-elle d'élaborer des enjeux œdipiens (attirance répulsion par rapport au corps du père, « *à qui la faute* »). L'incertitude généalogique en lignée paternelle peut-elle être tentative d'élaboration d'une scène primitive? Si « *pater incertus* », mater est « *certissima* » précisément par le corps. Quel négatif Kali essaye-t-elle d'élaborer? Si parfois Kali semble engager son corps dans la relation comme pour « inverser le désir » (par exemple les démonstrations de plaies qu'elle fait saigner sous le regard du thérapeute sans en dire un mot), nous ne croyons pas à un « saut hystérique » dans les derniers éléments apportés. Nous devons ajouter nos propres doutes à ceux de Kali. Si l'enfant semble représenter davantage, moins user de négativité, sexualiser un peu ses représentations pulsionnelles, nos doutes sont apportés par la somatisation du zona (nommé sida, figure marquée à notre sens du côté maladie sexuellement transmissible, avec chute de l'immunité). Alors, au contraire de nos hypothèses cliniques d'un moindre usage du négatif, y-a-t-il bascule psychosomatique plutôt que dynamique de représentation telle que nous aimerions le croire? Le balancier de l'économie psychique serait parti de l'autre côté avec « *désorganisation de l'économie psychosomatique* » avec « *désordres somatiques* » (Marty, 1976, p90). Seule la poursuite du travail avec Kali nous aurait permis de nourrir davantage ces hypothèses...

7.1.2.3 Réponses de Kali au protocole de recherche

Sans commenter nous indiquons ci-dessous les réponses de Kali. Les résultats chiffrés, peu caractéristiques, sont en annexes à partir de la page 275. Notons que Kali a le plus haut score de notre étude au questionnaire d'alexithymie (page 279). Seules les réponses à l'évaluation des représentations corporelles figurent ci-dessous. Les verbalisations de l'enfant sont en italiques, les relances du clinicien en caractère droit.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les poumons, les vertèbres, on me dit toujours qu'elles sont coincées, elles veulent pas se relâcher. Je vois pas vraiment où elles sont.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Les cheveux, les doigts, le nez, le cou, le pied, je sais pas, je sais pas, je sais pas.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les poignets, les coudes, les hanches, les épaules, les genoux, les chevilles, le cou, les orteils, les doigts.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Vivre, c'est tout.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Tout ce qui est du cou, les yeux. Le ventre autour des côtes. Pourquoi? On peut se faire mal.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

La tête, les pieds dessous, les épaules un peu ça va.

g- Qu'est-ce que tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Je sais pas vraiment

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Tout ou rien. Comment cela? Ben, heu, tout ou rien.

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cerveau

Conte de la fourmi

« Une fille s'était un jour endormie dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps de la petite fille »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

L'épaule.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Le menton, le ventre, les côtes, les jambes, les hanches, les bras, la tête, les pieds, les omoplates, le dos, les talons, les paumes, les yeux, le visage.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *L'oreille.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Ça peut être des trucs de dehors? Heu, elle voit les omoplates, les os, les veines, les côtes, les trous d'air de la peau, le tuyau pour toute la digestion, l'estomac, le foie, l'appendice.* Alors à la fin elle ressort par où? *Par l'oreille.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Dans le corps y a pas beaucoup de choses jolies.* Qu'est ce qui était beau? *Il y a une feuille à côté du foie. Une feuille? Oui, ça s'était joli par rapport au reste.* Quel reste? *Pour un corps c'est pas moche.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? Où?

Elle se sentait bien, ça faisait bizarre quand elle voit le cœur. Ça lui faisait quoi? Elle peut y passer dans le cœur.

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle s'assoit à côté d'elle et raconte ce qui s'est passé dedans. Elle peut sortir par un toboggan de bave, un peu gluant.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ». *Bon même si c'est pas vrai, elle peut pas avoir plus de deux.*

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »?

Il est blanc. Et comment sont les autres? *Comme des ours des Pyrénées, ils sont marrons noirs.* Pourquoi n'était-il pas pareil? *Heu, c'est le petit dernier alors il est bizarre.*

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle le trouvait beau.* L'aimait-elle? *Pas trop.* Et le papa ours? *Il le trouvait bizarre aussi.* Comment cela? *Il trouvait bizarre la couleur et sa façon de réagir.* Comment réagissait-il? *Il réagissait pas.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Ils le détestaient.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Il se trouvait moche aussi.* Et par rapport au ressenti des autres. *Ben oui, il le sentait.*

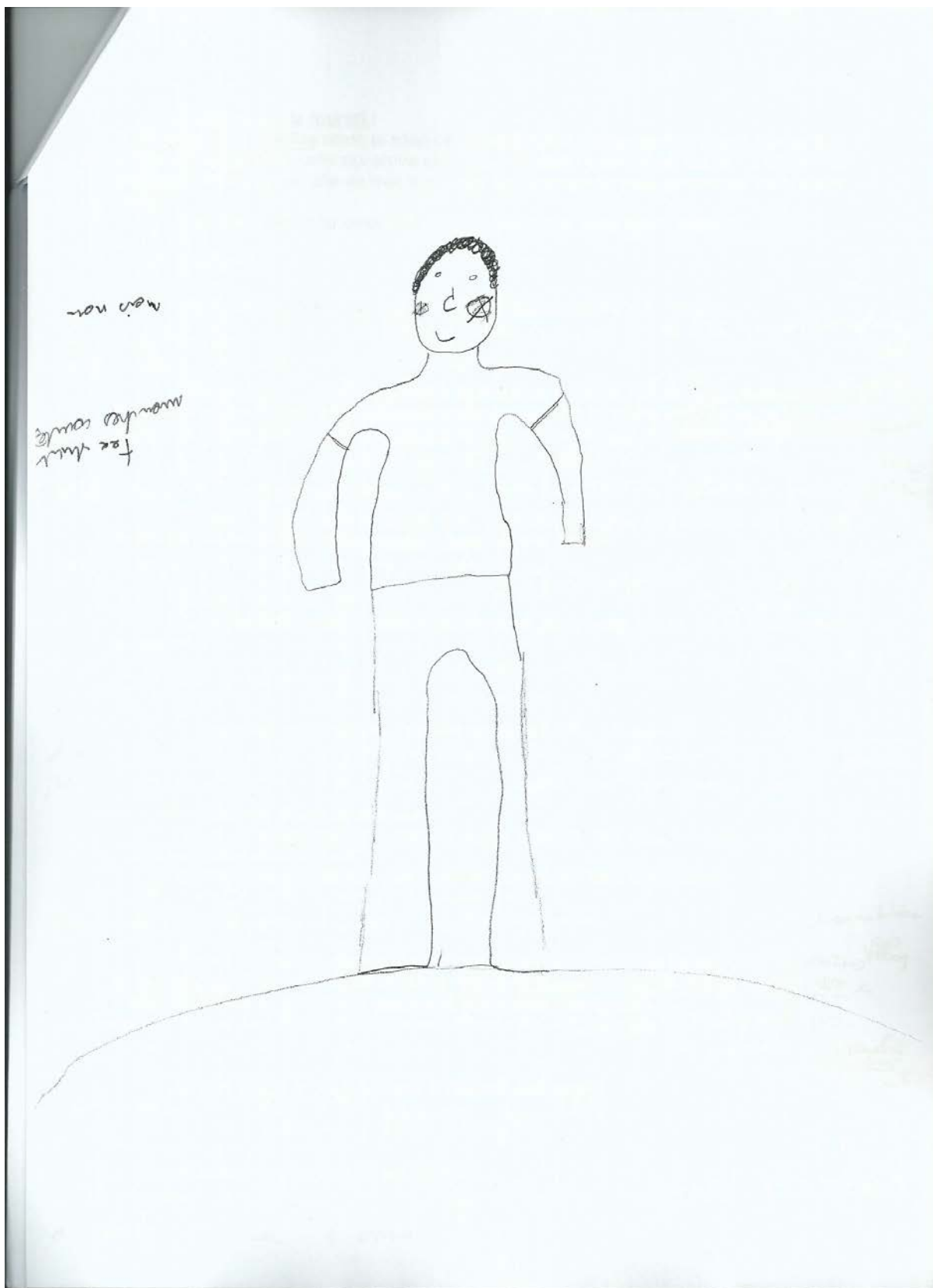
- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Ça devient le chef d'une grande famille.

- Comment se termine cette histoire?

Il a eu un enfant de chaque couleur. Que ressentait-il pour eux? *Pour les deux du plaisir et de l'amour.*

Dessin du bonhomme: *Oulala, je suis pas très forte en dessin*



Dessin du bonhomme de Kali: *Oulala, je suis pas très forte en dessin*

7.1.2.4 Confrontation entre protocole de recherche, hypothèses de recherche et clinique

En confrontation avec une hypothèse d'un « fonctionnement limite » ; nous avons supposé pour Kali des enjeux psychiques génitalisés, éventuellement d'aspect d'hystérique, probablement dans une dominante de maîtrise. Le protocole de recherche pour cet enfant nous semble renforcer ce dernier point. Dans le questionnaire corporel les « *vertèbres coincées* » qui « *ne veulent pas se relâcher* » marqueraient un corps qui a une volonté propre qui s'oppose à Kali, qui en perd la maîtrise. Ce corps est aimé en « tout ou rien ». Les réponses aux contes nous semblent montrer des enjeux narcissiques du côté du « *moche* », du « *dégoulinant* ». Dans ce protocole les affects chez Kali ne semblent pas niés, mais sans qualité. L'enfant du conte « *se sentait bien* » sans meilleure précision, cette verbalisation paraît être un état affectif plus qu'une qualification sensorielle. Kali obtient le plus haut score d'alexithymie de notre protocole. Nous faisons l'hypothèse pour cette enfant que ce n'est pas l'émotion qui est niée, mais bien son expression dans les conséquences qu'elle peut avoir pour l'enfant ou pour sa relation avec un autre. L'ourson pas pareil du conte a la particularité de « *ne pas réagir* », dans une position très passive. La fourmi du conte entre et sort du corps par l'oreille, qui a ensuite occupé une partie du travail psychique de Kali (oreille blessée d'un soldat de la généalogie du même prénom que le thérapeute, être entendue ou non, tenir l'équilibre grâce à ce qui est derrière l'oreille à partir du défaut d'équilibre supposé pour un bonhomme dessiné sans main ni pied; l'homme berger cité dans la thérapie perd l'équilibre et chute). Quel négatif est à l'œuvre par rapport aux mains? Le dessin du bonhomme sans pieds ni mains est repris par Alice en cours de thérapie, lui permettant de commenter ce risque de perte d'équilibre suite aux pieds manquants. L'enfant s'abstient de tout développement autour des mains manquantes, organe de préhension (d'objets ou entre humains, éventuellement marqué d'interdits ?). Le symptôme grattage, donc par les mains, occupe pourtant la rencontre.

Plusieurs niveaux de lecture nous semblent possibles autour de la sensorialité du grattage. Selon la lecture, difficile de situer la qualité « génitalisée » ou non de la représentation pulsionnelle pour le symptôme « grattage ». Il peut y avoir un niveau « signifiant formel » du type « une surface est grattée », créant sensations tactiles et

auditives; un niveau « narcissisme primaire » du type « se sentir exister » par des sensations agréables ou non, contrôlées, marquant éventuellement un autoérotisme mais plutôt dans nos hypothèses l'échec de l'autoérotisme: ce grattage non lié à une représentation interne (le rapport à un autre en soi) se répète davantage sur le mode « auto-sensuel » (se fournir des sensations sans intervention d'un autre) ou « auto-calmant » (dans une perspective plus psychosomatique). Enfin le niveau relationnel ne peut être ignoré, le grattage peut être adressé à un autre soit dans des enjeux de « narcissisme secondaire », soit dans des enjeux plus « hystériques » cherchant la réaction de l'autre. Dans le premier cas l'autre serait attendu comme devant répondre pour assurer Kali de qualités humaines, corps et âme, comme lors de bons soins. Dans le second cas ce que Kali ne peut exprimer serait adressé à l'autre comme si c'était à lui d'en exprimer une signification, un désir. Dans la lecture de ce dernier niveau, nous pensons alors que l'agressivité prendrait une place dans les processus. Kali, violente et violentée, entre enfants ou enfant-adulte, serait prise dans des tensions du Moi dont la maîtrise serait ordonnée par le Surmoi. La recherche de culpabilité suivrait ce mouvement (« à qui la faute »).

Pourtant in fine, nous envisageons une intrication des différents niveaux de lecture. Malgré un âge encore jeune pour affirmer un processus adolescent, nous supposons chez Kali que « *une régrédience aux affects archaïques pré-oédiens accompagne paradoxalement le mouvement œdipien progrédient* » (Richard, 2014, p32). Une forme de négativité serait mise au travail via les sensations et leurs mises en perspective, en lien selon les différents niveaux de lecture qui ne peuvent s'exclure. Une autre forme de négativité reste inaccessible, nous envisageons qu'il peut s'agir de celle liée aux premiers temps de vie, signifiants formels qui restent isolés; ou encore de qualités sensorielles qui ne permettent pas la mise en lien des différents niveaux. Ne pouvant discriminer à coup sûr les différents niveaux, nous nous rangeons encore à l'avis de l'auteur précédent pour modéliser la psychopathologie de Kali: une « *pathologie en extériorité qui serait pathologie de l'intériorité* » (ibid, p30) (par défaut d'intériorité).

« *La névrose n'a pas disparu, mais on voit désormais qu'elle est faite, pour une large part, de cette panique libidinale contenue que l'état limite révèle, et même exhibe. Dès lors, les cas limites sont-ils encore des « cas », une structure spécifique? Ne doit-on pas,*

plutôt, parler de troubles où se mêlent conflit pulsionnel intrapsychique œdipien et fonctionnements borderline manifestes, où l'intériorité psychiques est méconnue parce qu'expulsée dans la réalité du dehors-ce que l'on peut nommer les pathologies en extériorité » (ibid, p30).

7.1.3 Hector

Dans la mythologie grecque, Hector est le fils de Priam et Hécube, il est tué par Achille en combat singulier défendant sa ville lors de la guerre de Troie. Avant ce combat, Hector aurait également combattu Ajax, autre héros Grec, en combat singulier. Le combat ne désigna aucun vainqueur et fut stoppé par la nuit, si bien que les deux combattants déclarèrent le combat égal et s'échangèrent des présents. Hector donna son épée...

7.1.3.1 Éléments d'anamnèse

Hector est né en septembre 1999. Alors qu'il a 8 ans, je le reçois sur une première et courte période en CMP de mars à décembre 2008. La demande de la mère et du beau-père semble suivre la plainte scolaire d'un enfant soit instable soit paraissant absent à ce qui se passe. Le beau-père d'Hector explicite clairement ce qui lui semble être la priorité: la scolarité. Ce point de vue restera constant tout au long du suivi d'Hector.

Durant cette période les rendez-vous se feront une fois par semaine puis une fois toutes les deux semaines à partir de septembre. Hector, laconique et sans propre demande évidente; s'est montré très anxieux. Il rougit, se mord les lèvres, semble en attente d'une demande de l'autre, propose des jeux de balles dont il évite de dire quoi que ce soit, ainsi que pour ses dessins. La seule hypothèse clinique que nous parvenons à faire à ce moment concerne une grosse charge affective autour de l'échec, les « ratés », ainsi que des fantasmes d'effondrement; Hector se laisse volontairement tomber lors des jeux de balle et verbalise sur « *ce qui tient ou pas* ». Par exemple plusieurs séances seront consacrées à comparer la solidité des pyramides d'Egypte et le risque de chute de la tour de Pise. Hector est assez « spécialiste » de l'histoire ancienne de l'Égypte; pharaons, constructions, chats et momifications occupent quelques-uns de nos échanges sans parvenir à clarifier ce qui semble important. Je marque dans mes notes sans en faire part à Hector une éventuelle préoccupation autour de la mort et de l'éternité (?). À

la faveur d'une discrète amélioration des symptômes et sans expression claire d'une demande de l'enfant, la mère et le beau-père avaient choisi d'interrompre les rencontres fin 2008.

Hector reprend contact avec le CMP en avril 2011, via un rendez-vous avec un psychiatre. Hector vit avec sa mère et son beau-père, deux demi-sœurs sont nées de ce couple. Il reconnaît une souffrance. Hector a « entendu » la plainte scolaire et parentale, sa demande se situe comme ceci : « *pour la concentration* ». Essentiellement au collège, Hector « *amuse la galerie* » et « *ne fout rien* » (termes du beau-père), ou « *fait l'imbécile* » (termes de Hector). Il semble que plus le groupe est grand, plus Hector déploie des efforts pour se faire remarquer (bruitage, frappe les sacs de certains camarades), tout en n'accomplissant aucun travail scolaire, ni au collège ni au domicile. La mère désespérée expose lors de ce rendez-vous qu'elle et le père se sont séparés lors de la première année de vie d'Hector. Son père fut incarcéré lors de cette période car il avait violenté Hector et sa mère, jusqu'à ce que le pronostic vital du nourrisson soit en jeu, sauvé par une chirurgie avec ablation d'une partie du pancréas. Hector ne sait rien d'autre de son père. Quand cet événement est relaté par sa mère lors de notre premier rendez-vous, Hector soupire et avertit: il veut bien venir régulièrement en rendez-vous avec moi, mais il n'est pas question que l'on parle de cela. Il alterne sourire figé et air plutôt triste, et il lui semble important de préciser qu'il est un peu somnambule (quels rêves sont négativés?). Dans ces moments nocturnes, il essaie de grimper aux murs et armoires, « *comme si je voulais m'échapper* » dit-il, mais on ne sait pas de quoi...

7.1.3.2 La thérapie

Comme si nous avions interrompu la première période de rendez-vous il y a peu de temps, Hector semble reprendre en quatre séances le travail débuté en 2008: il dessine des chats (comme en Égypte et comme les nombreux chats du domicile), et expérimente des chutes sur le matelas présent dans la pièce, verbalisant « *je tiens pas* ». Il s'inquiète des portes des armoires, « *ça tient pas* ». Il enchaîne sur les chats qui ne retombent pas toujours sur leurs pattes, et se souvient d'un chat qui s'était tué en chutant de 6 étages, ajoutant que s'il devait se suicider un jour, il choisirait de sauter d'un immeuble. Pour relier verbalisations et expériences motrices de façon psychodynamique; nous proposons une éventuelle lecture de ces éléments. Ce qui tient ou ne tient pas,

particulièrement le corps propre, semble une préoccupation pour Hector. Les angoisses archaïques citées dans notre partie théorique, éventuellement influencées par le vécu réel d'Hector nourrisson (risque vital), peuvent-elles ici être mises en scène comme en mots. « Un corps tombe (ou s'effondre) » serait une lecture en termes de signifiant formel, et « mon corps est fragile et peu digne de bons soins » serait une lecture en termes d'attaques précoces du narcissisme primaire. La suite du travail nous permettra d'élaborer des hypothèses transférentielles du côté d'un narcissisme plus secondaire.

Dans les deux premières lectures, il y aurait débordement d'excitations précoces avant que le Moi n'élaboré des dispositifs de défense, de rééquilibrage de l'économie psychique. Dans cette idée, les symptômes comme le matériel apporté en séances « passent encore » par une excitation réelle « en présence », « *en direct live* » selon l'expression que Hector utilise pour expliquer sa façon de réagir. Hector explore ses rapports aux cousins et grands-parents, nous élaborons alors un arbre généalogique sur lequel figure le père. Hector dit ignorer le prénom de son père, mais pense peut-être qu'il s'appelle Frédérick et me demande d'inscrire ce prénom; il s'agit du dixième rendez-vous. Nous l'ignorons encore à ce moment, mais nous ferons tardivement l'hypothèse que la « méconnaissance » du côté paternel, en particulier autour du prénom de son père, participe fortement à la démarche d'Hector au CMP et à sa psychopathologie. Après cet arbre et cette incertitude marquée du côté de son père, Hector modifie le matériel clinique apporté dans nos rencontres.

Du choix des armes...

De octobre à décembre 2011, Hector dessine beaucoup lors de nos rencontres: flacons de poison, armes à feu, épées... Aucune élaboration verbale ne s'associe à cette accumulation de dessins, sauf celle de la mère qui demande un rendez-vous pour expliciter que Hector devient un peu violent au collège avec quelques camarades, et insultant envers certains enseignants. Hector reconnaît que « *cela ne va pas trop bien en ce moment* », mais décline mon offre de passer à deux rendez-vous par semaine (novembre 2011).

De novembre 2011 à avril 2012, un même matériel clinique revient alternativement selon les séances: un personnage (dessiné) est violenté et « *c'est bien fait pour sa*

gueule », sans meilleur développement ni spontané ni sur mes incitations à préciser. Hector évoque de la colère vers des camarades sans faire de lien avec le bonhomme violenté, et le compare avec un camarade qui est son « *meilleur ami; lui ne sera jamais frappé* ».

Hector introduit dans un des rendez-vous la nécessité de « *mettre des freins pour ne pas aller trop loin* », sans préciser là non plus ce que serait « aller trop loin ». Les éléments apportés sont peu nombreux, Hector est assez silencieux (il dessine des armes) ou laconique, commence à relater un événement qui lui en rappelle un autre puis s'arrête sur des « *oublis* »; que refoule-t-il? Dans une dynamique transférentielle, tout se passe dans cette période comme si Hector commençait à donner un matériel puis se rétractait, n'allait pas au bout de la représentation ébauchée. En contre-transfert c'est également un affect d'agacement, embryon de colère qui vient, comme impression qu'un travail psychique est possible dans la rencontre puis empêché. Dans une espèce de miroir transférentiel, chacun prive l'autre d'une partie du travail qui devrait être à l'œuvre tout en l'ébauchant.

Mai 2012, Hector évoque des secrets de famille. Son beau-père visite régulièrement un ami en prison (je pense au père de Hector qui fut emprisonné suite aux violences sur son fils) mais cela est secret, ne doit pas être dit. Le négatif, ce qui doit être tu, est pourtant dit ici. Hector expose ce qui lui plaît dans les jeux vidéo de guerre avec lesquels il passe beaucoup de temps, et l'impossibilité même en jeu de violenter une femme. Dans le même temps il trouve deux flotteurs de piscine en mousse dans un placard et propose un combat d'épée. Le risque d'un miroir pas assez déformant est là, de même qu'une excitation qui conduirait vers du passage à l'acte (ou une séduction) plutôt que vers une représentation en acte. Dans nos hypothèses nous pensons qu'Hector tente de nous dire quelque chose de la violence et de la colère sans y parvenir. Lors d'une séance je tente de faire un lien entre violence et colère et ce qu'il aurait pu vivre nourrisson sous les coups de son père; « *ça on en parle pas* » (je fais l'hypothèse ici d'un passage à l'acte de ma part, à évoquer le père d'Hector alors que j'avais été averti dès le premier rendez-vous sur le fait qu'il ne fallait pas en parler). Hector propose ici un nouveau matériel clinique, à partir d'une médiation sensori-motrice de combat avec moi. Selon nos arguments déjà exposés en partie théorique, nous acceptons la médiation.

Débute une période de répétition de cette médiation type escrime; interrompue par les vacances d'été.

Hector « tarde » à reprendre rendez-vous à la rentrée de septembre, et son retour au CMP est « traité » comme un premier rendez-vous. Hector rencontre un psychiatre avant de reprendre avec moi, et c'est à cette occasion qu'il accepte de participer au protocole de recherche. Comme lors du premier arrêt, Hector semble reprendre les choses là où elles en étaient. Il demande à nouveau la médiation du jeu de combat, et propose une règle de comptage de points alors que je sollicite une règle sur des endroits du corps exclus du jeu. Très souvent j'hésite à m'engager à ce point dans l'échange, craignant une répétition avec ma participation et cherchant un effet de coupure en refusant éventuellement le combat ou sollicitant l'intérêt qu'il voit de cette médiation dans notre travail. Si Hector perd le combat, il réclame une « *revanche* ». Quand j'interromps le jeu espérant une élaboration à partir de ce vécu, cela est sans succès puisque Hector reprend une attitude laconique. Lors de l'un de ces moments il prend un ballon alors que je suis revenu au bureau. Il court ballon en avant vers le mur et chute en arrière au contact du mur repoussé par la force du rebond.

Hector: « *je suis explosé, ça déchire, ça éclate* ». « *comme si on était rejeté* »

LB: « *rejeté?!* »

Hector: « *oui* »

LB: « *comment cela?* »

Hector: « *repoussé par quelqu'un* »

LB: « *quelqu'un?* »

Hector: « *oui* »

LB: « *être repoussé par une force, quelqu'un de beaucoup plus fort contre qui on ne peut rien, jusqu'à une sensation d'être explosé, éclaté, déchiré* ». (je pense à la fois aux angoisses agonistiques des bébés et à l'histoire singulière de Hector dans sa première année de vie).

Lors des deux séances suivantes Hector oriente sa réflexion vers les dualités passives et actives, frapper et être frappé, aider et être aidé, grand fort et petit faible. Sur ces séances je refuse la médiation du jeu de combat alors qu'Hector semble verbalement apporter un matériel clinique nouveau. Il se lève, et réalise une construction avec

coussins et ballon au sommet. Il y ajoute deux flotteurs en mousse à mi-hauteur si bien que la construction ressemble à un bonhomme de plus de deux mètres. Hector massacre littéralement la construction comme dans un combat, avec des cris adressés à la construction: « *bâtard* », « *fils de pute* », « *c'est bien fait pour toi* ». Je ne peux qu'accompagner en bienveillance et attendre, l'intensité des affects et le volume sonore ne semblent permettre aucune intervention. Hector répète plusieurs fois l'opération, puis est calme, me regarde au bureau.

Hector: « *Vous craignez rien hé* »

LB: « *Qu'est-ce que je pourrai craindre?* »

Hector: « *Non, heu, tout ça je veux dire que c'est pas pour vous* »

LB: « *Non, mais je me dis que peut-être tu essayes de me parler de quelque-chose dont tu ne veux pas me parler* ».

Hector: long silence; « *Oui, de toute façon je suis quand même un bâtard* ».

LB: « *Qu'est-ce qu'un bâtard?* ». Pas de réponse.

Le rendez-vous suivant, *séance 24*, Hector demande à reproduire la médiation de combat. Du fait du changement de matériel clinique récent j'hésite plus que d'habitude et accepte. Il perd le premier combat.

Hector: « *Bon j'ai perdu, il me faut une vengeance...* »

LB: « *Une vengeance?* »

Hector: « *Heu, oui, je veux dire une revanche...* »

LB: « *Tu as bien dit vengeance pourtant* »

Hector: « *Ouais, bon c'est pareil* »

LB: « *Moi je pense que c'est un peu différent* »

Séance 25; Hector utilise beaucoup l'espace pour frapper fort des balles au mur, se cache sous des coussins (ceux-là même qui servaient à construire un personnage géant), pour en sortir d'un coup avec un cri monstrueux. J'interroge sur ce qu'il est en train de faire:

Hector: « *c'est Hulk!* »

LB: je pense aux transformations de l'adolescence qui pourraient ici être convoquées sous la forme de Hulk. « *Hulk est un personnage qui se transforme de façon incontrôlée, sous la force d'une émotion ou d'une forte douleur, comme un adolescent ne*

peut pas contrôler ses transformations »

Hector répond calmement : « *ma puberté a débuté* », puis il répète de plus belle plusieurs fois la scène de se cacher sous les coussins puis surgir en Hulk.

Dans notre hypothèse, Hector figure en actes convoquant l'image de Hulk un processus adolescent qui ne peut se dire. Le trop fort du ballon et Hulk nous semblent figurer de la force débordante, qui peut faire peur; que faire de cette énergie? Le risque monstrueux et la transformation du corps semblent liés. Si la « *puberté est au corps ce que le pubertaire est à la psyché* » (Gutton, 1991, p7), la source somatique de la pulsion va créer tension entre l'une et l'autre. Hector nous semble mettre en scène sensori-motrice, en corps, des processus relevant du « *pubertaire* » (ibid, p10-11). L'agressivité entre générations ou l'ambivalence envers soi-même pourraient relever d'un tel processus. Quand il s'agit de la médiation d'épées j'accepte de participer au jeu, considérant la dimension créatrice de l'agir, riche en sensations. Nous espérons une associativité (patient et thérapeute) « *qui relève de l'expérience vécue et partagée, au niveau des éprouvés (et cognitions?) corporels, préconscients-inconscients* » (Ouss-Ryngaert, 2011, p525).

Après cette séance 25, Hector propose alternativement la même médiation du combat d'épées et des expériences pendant lesquelles il éprouve sa force en forts coups de ballon au mur, chutes, scènes du type de Hulk. Cette variation nous pousse à envisager le combat sous une nouvelle forme: au-delà d'une agressivité avec un autre, le combat pourrait-il figurer pour Hector un combat avec lui-même. Dans cette hypothèse, la participation du thérapeute prend un autre sens. Plutôt qu'un positionnement « contre », c'est alors le rapport au double qui pourrait ici être convoqué. Il peut à la fois éprouver et mettre en scène une forte agressivité sans destruction de lui, de moi, de lui en moi, moi en lui...

À partir du matériel clinique des séances suivantes nous supposons que les représentations pulsionnelles se sexualisent davantage. À présent Hector a 13 ans. Il évoque la succession de générations, la prédiction du futur selon la connaissance du passé, l'attirance pour les filles, des copains garçons dont il se rapproche mais « *quand même être PD c'est dégoûtant* » (je pense à la distance et l'effet double de la médiation

du jeu de combat), et fait un lapsus sur un nom de professeur qu'il n'aime pas l'appelant « *monsieur vagin* »; « *cet enculé* ». Un tel vocabulaire évoquant pénétration, rapprochement, alterne avec des images de carapaces, bouclier, qui permettent de se protéger des autres pour ne pas répondre à leurs attaques. Est-ce que les représentations pulsionnelles s'expriment avec une dimension de « *l'adolescent* » (Gutton, 1991, pp10-11; au sens d'identification à partir d'idéalisations organisatrices), avec identification (même négative) à un professeur, à du pénétrant (et à du pénétré), à des camarades, confrontation envisagée avec l'autre sexe?

Séance 32:

Hector abrège le jeu de combat: « *Je prends ma retraite* ». Incité à en dire plus soit sur ce qui le motive dans ce jeu soit sur la retraite; Hector se tait et s'allonge.

Hector: « *Je fais le mort* »

LB: long silence, à l'inverse du combat à l'épée « mortel » fait dans un relativement haut niveau d'excitation, le silence dans le calme en position couchée peut-il aider Hector à « s'éprouver » autrement. Long silence.

LB:« *C'est comment faire le mort?* »

Hector: « *c'est nul, on mange plus, on bouge plus* »

Hector vient-il ici dire que par défaut d'une intériorité assez vivante, lui faut-il bouger pour ne pas risquer de se sentir mort?

Séances 33 à 44: Hector propose moins la médiation de combat. Nous échangeons verbalement à partir de « *l'énergie* » qu'il sent chez lui-même; « *de l'énergie qui sort trop fort, trop vite* ». Hector expose aussi qu'au collège, il accepte de transporter argent liquide et haschich entre différents protagonistes de la transaction. Il semble faire cela depuis quelques semaines. Si c'était légal ce ne serait « *pas amusant* », le faire le sachant interdit est « *amusant* ». Plus que de rendre service ou s'enrichir (Hector ne touche aucune commission pécuniaire), la motivation semble se situer sur la jouissance du risque à être pris, en particulier chez lui où il cache souvent l'objet de la transaction à terminer le lendemain. Hector alterne plusieurs thèmes pendant cette période: les interdits et sanctions des adultes envers les enfants, ce qui reste caché aux adultes, y compris entre adultes. Lors de deux séances Hector a vérifié que son rôle de « transporteur » au collège ne serait pas répété de son fait à sa mère et son beau-père (on dit aussi « nourrice »), lui permettant d'envisager ce qu'il cherchait lui-même dans

une éventuelle réaction de leur part, répétition de sanction... Il interroge à l'inverse ce que le monde des adultes pourrait lui avoir caché à lui. Hector conclut cette période en proposant le jeu de combat en ajoutant des boucliers (coussin) cités il y a peu, la défense, la protection s'ajoutent au jeu. Chacun peut à la fois attaquer et défendre. Hector conclut la séance avec une longue réflexion sur les récompenses comparées aux sanctions. Aussi, ses notes scolaires se sont améliorées (il est récompensé par une autorisation des adultes à utiliser plus le téléphone), il ne fait plus le « transporteur » au collège car cela comporte « *trop de risques* », et est amoureux d'une jeune fille « *très belle* ». Il apporte la photo de cette jeune fille et me la montre craignant que je n'aie pas cru en sa parole, comme il doute que sa parole soit reconnue par un certain nombre d'autres adultes.

Séance 45: **Hector** propose à nouveau le jeu de combat de façon déterminée et sans bouclier. Je suis surpris de voir une « ambiance » qui ressemble à celle de rendez-vous anciens. Nous sommes au bureau, il pense que je suis plus fort et réclame une « vengeance », qui est un lapsus répété de la séance 24, qu'Hector refusait d'entendre comme tel.

LB: « *Une vengeance?* »

Hector: « *Non pas une vengeance, une revanche, personne ne m'a jamais fait mal* ». Silence. Hector semble renoncer à la médiation de combat et prend un ballon qu'il massacre à chaque rebond de mur avec l'épée en mousse servant habituellement au jeu. Cela dure plusieurs minutes.

LB: « *Un sacré enchaînements de coups* »

Hector: « *Oui, et au visage, tiens!* ». Il donne un coup au ballon.

LB: « *Comment peux-tu l'appeler?* » (Puisque Hector a l'idée d'un visage)

Hector: (nouveau lapsus) « *Branche heu... bâtard 3* »

LB: « *Je m'appelle Branchard* »

Hector désigne l'épée en mousse: « *Oui mais là, c'est une branche* », rire.

LB: « *Qu'est-ce qu'un bâtard?* »

Hector: « *Un mec qui a un père qui s'est barré* »

LB: « *Mon père se serait barré?* »

Hector: « *Oui* ».

LB: « *Toi tu as un père qui s'est barré* »

Hector: « *Ouais, mais il y en a un autre* ». Silence. « *Mais le suis quand même un fils de bâtard* ».

Les quatre séances suivantes Hector verbalise sur son attrait pour les jeux vidéo de guerre et sur les tensions relationnelles qui existent entre un fils et son père. Le concernant il reconnaît des tensions avec son père; je demande « *lequel* », son beau-père bien sûr puisqu'il dit ne rien savoir de son père.

Séance 49 : Hector met en lien les jeux de guerre en vidéo, la violence qui « *est du faux* », avec l'énervement qui peut lui venir envers son beau-père parfois. J'ajoute à cela que je pense au jeu de combat avec les épées en mousse dont nous nous passons depuis 3 séances et dont nous arrivons à parler à présent; Hector de répondre: « *oui, il n'y en a plus besoin* ». Nous sommes en janvier 2014, et nous n'aurons effectivement plus recours à cette médiation.

Séance 51:

Hector: « *On pourrait refaire les épées* »

LB: « *Tu pensais ne plus en avoir besoin* »

Hector: « *Oui mais ce serait pour se rappeler du bon vieux temps, des bonnes guerres* »

LB: « *Des bonnes guerres?* » (mon intonation accentue sur le mot « bonnes »).

Après un long silence, Hector se lance dans une réflexion dans laquelle il a seul la parole. Il prend le temps de m'adresser une question qu'il a, dit-il, probablement depuis longtemps. Il se demande si son père est toujours en prison, s'il a refait sa vie, s'il lui a donné un petit frère (de préférence plutôt qu'une sœur) qu'il aimerait connaître alors, « *n'importe qui qui aurait une cicatrice voudrait poser cette question* » (cicatrice psychique, cicatrice de blessure, de la chirurgie qui lui sauve la vie?). Il conclut que seule sa mère aurait quelques éléments de réponses, alors qu'il n'a jamais posé aucune question en ce sens.

Séances 52 à 56:

Hector cherche comment interroger sa mère pour connaître quelques éléments sur

son père. Il hésite, est ambivalent, souhaite et craint les réponses; trouve finalement « *le courage* ». Il apprend de sa mère le prénom de son père; Stéphane et non Frédéric comme il l'avait imaginé.

Une quinzaine de séances suivent cette révélation du prénom du père d'Hector. L'adolescent se demande quelles ressemblances il a pu tirer de ses deux parents. Il détermine un projet professionnel sans n'en avoir eu aucun auparavant. Il met en rapport la jalousie de son amoureuse avec les jalousies entre adultes, peut-être ses parents? En particulier avec des échanges avec d'autres adultes qui connurent son père (il questionne ses grands-parents), Hector a l'idée que son père a frappé mère et enfant par jalousie, la mère s'occupant « trop » du bébé qu'il était (un rapproché des corps qui engendre de la violence, comme dans un jeu de combat d'épées?). Il détaille aussi les interventions de chirurgie subies grâce aux paroles rapportées par d'autres adultes (mère, grands-parents), m'exposant verbalement les violences subies à une époque de sa vie dont il n'a pas d'autres souvenirs que des cicatrices, et dires des autres. Hector construit une image de son père qu'il se livre (en termes peu positifs), et qui s'oppose à l'inconnue que recouvrait cette image paternelle jusqu'à lui opposer un prénom erroné comme maigre représentation. Hector change également de thèmes de jeux vidéo, attiré par des jeux où des maîtres de combat initient des élèves qui progressent via leurs combats. Des processus d'identification-subjectivation sont-ils en jeu? Si Hector « *grandit trop vite* », il expose des projets, une vie amoureuse (avec une jeune fille très idéalisée), et choisit sur une réflexion de plusieurs rendez-vous d'arrêter nos rencontres.

7.1.3.3 Réponses de Hector au protocole de recherche

Sans commenter nous indiquons ci-dessous les réponses d'Hector. Les résultats chiffrés, peu caractéristiques, sont en annexes à partir de la page 275. Seules les réponses à l'évaluation des représentations corporelles figurent ci-dessous. Les verbalisations de l'enfant sont en italiques, les relances du clinicien en caractère droit.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du

corps, dedans?

Le cœur, les poumons, les veines, les intestins, le ventre, plein de trucs. De trucs ? Si je sors tout y'en a trop. Les os, les pouls, heu le truc de cœur je sais pas quoi.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La peau, les ongles, les cheveux, les yeux, le nez, la bouche, c'est tout.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Le poignet, les bras, les jambes, les pieds, le cou, c'est tout.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Des fucks, non c'est une blague. Des signes de salut et tout ça. Serrer les mains, courir, marcher.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Les os. Comment cela ? Avec un gros choc et tout, ça se pète. Ça se pète ? Moi au bras j'ai une cicatrice, d'une gamelle en véloooo... (Il fait le bruit de la chute de vélo).

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

La tête (il se tape la tête). Il faut quand même plus d'un gros choc pour la péter.

g- Qu'est-ce que tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les mains, les pieds, les jambes, les bras, la tête, tout.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Rien

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

Dans la tête, au fin fond du cerveau.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon»:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

La tête

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit...

Oh, heu, elle voit le nez, les yeux fermés, la bouche, le ventre, les bras, les mains, les pieds, les jambes.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Dans le nez.* Alors elle entre et se promène partout à

l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *C'est dégueulasse, elle promène que dans la tête elle peut pas descendre, elle voit le cerveau, les globes oculaires, la respiration. Alors à la fin elle ressort par où? Par l'oreille.*

- La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Bof, un peu des deux.* Qu'est ce qui était beau? Et pas beau? *J'en sais rien.* Tu pensais un peu des deux. *J'arrive pas à me promener dans le corps des autres.* Te promener dans le corps des autres ? Rires

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Rien, il dormait.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle rentre chez elle.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

Lui il était blanc alors que les autres étaient noirs. La mère elle est noire, et le père des autres c'est un ours noir. Elle s'est fait attraper par un ours blanc.

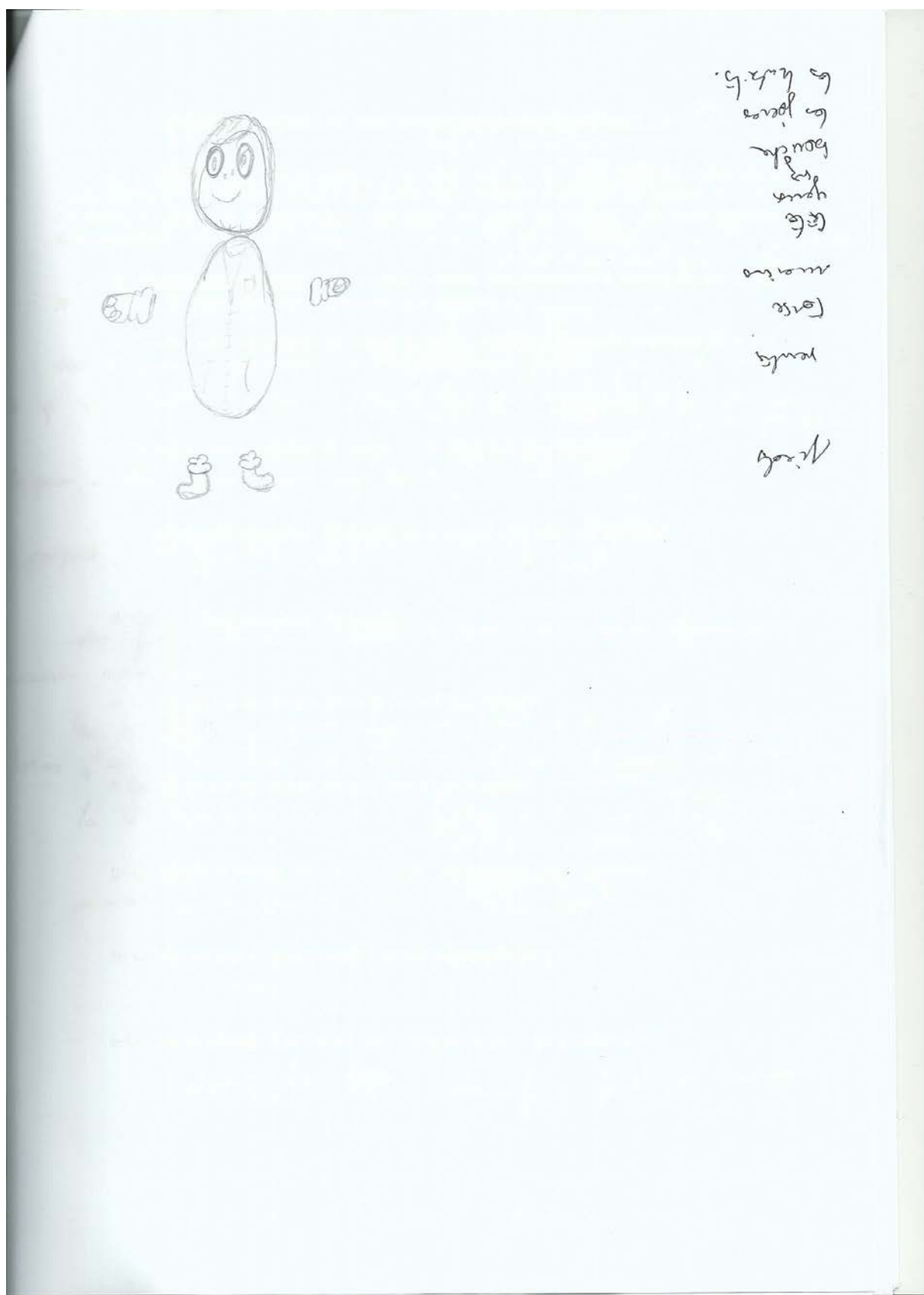
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle ne l'a pas rejetée.* L'aimait-elle? *Oui.* Et le papa ours? *Il pensait pareil que la mère, mais que c'était un pingouin.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Eux ils pensent qu'à Noël, en fait ils s'en fichent ils pensent à autre chose.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Il se sent bien car tout le monde l'accepte.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il fait une vie heureuse

- Comment se termine cette histoire?

Il rencontre une femelle blanche et ils ont beaucoup d'enfants blancs.



Dessin du bonhomme de Hector : *Reezel*. Reezel ? Oui il est comme un *Reezel*, il est tout beau, il ressemble pas à Mike de mon projet d'art plastique.

7.1.3.4 Confrontation entre protocole de recherche, hypothèses de recherche et clinique

C'est dans le cas de Hector que la mise en perspective entre le protocole de recherche et la clinique nous semble la moins évidente. Les réponses aux questionnaires d'alexithymie et de répression donnent des résultats très communs avec les résultats d'autres sujets du protocole de recherche, comme avec les résultats attendus selon les publications qui ont servi de base à notre recherche. Le dessin du bonhomme renseigne peu (page 217), il est une imitation d'un personnage connu d'Hector, tout de même « beau ». Le « trop » qui est arrêté par du « c'est tout » apparaît dans le questionnaire corporel et peut paraître comme la question de l'énergie débordante qui apparaîtra plus tard dans la thérapie. Le seul indice qui concerne nos hypothèses se trouve suite à la question de ce qui est fragile dans le corps. Hector a répondu en termes de « gros choc », de « cicatrice » et chute de vélo. Le gros choc vient-il marquer le traumatisme, lié au terme de « cicatrice » qui sera plus tard un support important pour Hector pour tenter de penser l'impensable, ce qui est arrivé lors de sa première année de vie et qui a marqué son corps d'une cicatrice.

Hector est le seul sujet de notre étude à marquer sa réponse d'une caractéristique sensorielle, auditive, là où probablement dire est difficile voire impossible. Évoquant la chute de vélo, Hector s'applique à réaliser le bruitage d'une telle chute, comme une effraction sensorielle qu'il ne peut que subir. Le choc n'est pas qualifié en langage (par exemple « douloureux ») mais marqué du bruit de la chute, comme traitement symbolique d'une représentation au plus près des caractéristiques sensorielles réelles de départ. Enfin, le conte de la fourmi révèle éventuellement un effort psychique pour « ne pas sentir », en sensation ou émotion. « *Je sais pas* » ou l'idée que l'enfant ne sent rien car « *il dormait* » peuvent marquer cette tendance, sans pourtant que nous puissions argumenter d'un processus massif ou envahissant. À l'inverse d'une trace archaïque impensable dans ce test projectif, nous croyons repérer dans le conte de l'ourson la projection d'enjeux œdipiens: l'ourson pas pareil l'est car la mère « *s'est faite attraper* » par un autre ours, alors que la différence, le rejet et l'acceptation semblent activés chez Hector à partir de ce conte. L'adolescent semble projeter une construction de sa propre

histoire, à l'issue heureuse pour l'ourson. Paradoxalement, le protocole de recherche d'Hector semble le plus à même de contredire nos hypothèses. À l'inverse, nous soutenons que l'aménagement du cadre et la clinique les soutient. Hector a dû passer (en passer) par de la mise en acte, au plus proche de l'excitation sensori-motrice hors symbolisation langagière pour figurer les tensions psychiques auxquelles il était soumis.

Le vide de pensée, l'incapacité à sentir un espace de pensée en soi nous semblait caractériser fortement la psychopathologie d'Hector lors des premières rencontres. Figurer l'attaque dans un jeu « en présence » nous a semblé un préalable à un « marquage transférentiel » indiquant que cette agressivité pouvait être adressée ailleurs, autrement et à quelqu'un d'autre que dans l'instant présent des séances. Cette mise en perspective s'est faite à l'aide d'autres figurations induites par Hector, en particulier à partir du moment où il a « violenté » une construction ressemblant à un bonhomme bien plus grand que lui, comme marquant la différence de taille (et de force) entre un adulte et un enfant. Le thérapeute a choisi de s'engager activement, avec sa propre sensori-motricité. Dans ce double risque de miroir (pas assez déformant) et de séduction nous croyons que les décalages ont pourtant eu lieu, nous faisant penser que cet engagement a favorisé l'expression et la transformation de représentations pulsionnelles. Nous avons déjà évoqué ailleurs (Branchard, Pirlot 2011 et Branchard 2013) la proximité entre ce type de cadre clinique et le psychodrame psychanalytique. In fine, seuls les six derniers mois de cette rencontre ont ressemblé à une psychothérapie à médiation verbale, quand Hector put dire lui-même de la médiation de jeu de combat « *qu'il n'en avait plus besoin* ».

7.1.4 Edson

Edson est le prénom de naissance d'un joueur de football brésilien surnommé Pelé, reconnu comme le meilleur joueur de football à ce jour.

7.1.4.1 Éléments d'anamnèse

Je rencontre Edson à l'été 2012 alors qu'il va faire 10 ans. Il a déjà eu quelques rendez-vous avec le psychiatre du CMP. Edson semble sans demande. Il est reçu pour une inhibition assez complète (comportement, langage, activité de pensée) avec une

déficience intellectuelle légère mais assez marquée pour nécessiter un aménagement scolaire (dit CLISS). Pourtant Edson semble régulièrement s'exprimer comme il le souhaite, montrant qu'il n'est pas si inhibé (se tourne en classe, prend la parole...). Son inhibition cède parfois en violence paroxystique en cours de récréation; tout semble se passer comme s'il s'isolait autant que possible, et frappait lorsque cet isolement devenait inefficace ou impossible. Les parents d'Edson se sont séparés alors qu'il avait 1 an. L'enfant a deux demi-sœurs du côté de son père (il ne les connaît pas) et une autre, Morgane, du côté de sa mère. Edson vit avec Morgane, leur mère et le compagnon de celle-ci. Edson revendique des origines portugaises du côté maternel, avec un fort attachement à son grand-père maternel et à ce pays dans lequel il passe toutes ses vacances d'été. Edson est né dans le Nord Est de la France et a beaucoup déménagé avant de vivre dans la région où la rencontre a lieu. L'instabilité matérielle sur les conditions de vie (déménagement, précarité) et relationnelle (séparation parentale, peu de famille, pas de conjoint stable pour la mère) est permanente pendant cette période. Une relative stabilité s'installe lors du déménagement dans la région alors qu'Edson a 6 ans.

7.1.4.2 La thérapie

Séances 1 à 11

Edson confirme les plaintes scolaires et inquiétudes des adultes comme citées ci-dessus, et ajoute que tout cela est dû au fait que pour lui il n'est pas question « *de se laisser embêter et commander* ». Peut-on prendre cette précision comme une plainte, à défaut d'une demande? Ceux qui embêtent et commandent sont légion, adultes comme enfants et, selon Edson, habités de mauvaises intentions à son endroit. Le registre persécutif apparaît dès le premier rendez-vous, même si l'enfant ne peut préciser la motivation de ceux aux mauvaises intentions. Lors du deuxième rendez-vous Edson exprime sur un ton et une mimique neutres; « *mon père m'a quitté, et ça m'a mis triste* ». L'émotion exprimée verbalement tranche avec le défaut d'affect apparent dans la mimique et le ton. Edson enchaîne en exposant le temps passé et son plaisir pris dans un jeu de guerre interdit au moins de 18 ans. Ce jeu très réaliste « *est génial* », « *c'est plus facile de tuer que de parler* ». Une maigre dynamique psychique apparaît autour de l'idée d'un chien du domicile. La mort du chien l'a mis en larmes et, sur large incitation de ma part suggérant un affect, Edson se demande s'il n'aurait pas été un peu triste

quand même lors de cet épisode. Les affects apparaissent peu dans notre travail mais le terme de « triste » revient pourtant ici pour la seconde fois.

Pendant ces rendez-vous, Edson explore et répète des confusions entre dire et faire (comme tuer en vrai et tuer en jeu vidéo qui semblent peu distingués), battre et être battu, être activement dans des enjeux de violence ou en être témoin comme dans son histoire. Il relate plusieurs fois dans des versions assez « stables » les violences dont il a été témoin de la part de son père sur sa mère (si les versions changent peu, la part de reconstruction se discute puisque Edson avait 1 an lors de la séparation), mais surtout de beaux-pères sur elle. En particulier l'un de ses hommes était un soir rentré blessé au couteau à la maison, c'était « *bien fait pour lui* ». Edson justifie également sa propre violence sur les autres enfants de l'école; en particulier les autres l'embêtent, parlent de lui dans son dos. Il les frappe, c'est pour lui « *naturel* », « *bien fait* » et « *c'est eux qu'ont commencé* ». Dans le discours de Edson n'apparaît ni remise en question ni possibilité d'envisager ce que les autres peuvent vivre dans cette situation. Il nie ou dénie que la violence subie lui fasse quelque-chose, en sensation comme en émotion; « *ben j'ai jamais mal* »; un travail psychique négatif semble ainsi traiter une part des représentations violentes. Edson répète, cherche parfois quelques repères subjectifs autour de réflexions sur ses origines portugaises côté maternel, son nom de famille du côté de son père dont il ne connaît que le prénom et a un souvenir d'une photo disparue dans un déménagement. Dans cette répétition il y a pourtant un changement dans la prosodie. Le discours lent et incohérent d'Edson devient un peu plus clair (disons moins incohérent, avec moins de coq à l'âne) et un peu plus rapide. Cela vient-il refléter un travail psychique?

Séance 12

Edson se présente en rendez-vous avec une volumineuse attelle à un index. Il a une fracture suite à une chute en cours de récréation. La fracture semble complexe et Edson a beaucoup de difficulté à m'expliquer que la chirurgie est à la fois envisagée mais incertaine, dépendante de l'évolution. Qu'a-t-il compris lui-même de cela? Je tente sans succès de soutenir Edson dans une expression de ses ressentis en douleur ou en émotion au moment de la chute. L'échec peut être dû à un effet double: supposer chez Edson une capacité à associer sur cet événement et projeter mon désir qu'il le fasse, niant au

passage sa propre subjectivité. De façon inattendue, Edson met un long temps à m'expliquer la douleur ressentie dans l'instant de la séance, « en présence ». La douleur varie selon les positions de la main (qu'il fait lui-même varier), selon les mouvements (qu'il fait aussi). Mes relances concernent alors les ressentis « en présence »; je sollicite des détails, des précisions, et montre une certaine empathie par rapport aux douleurs et à la restriction de motricité. Edson semble réagir montrant sur mon propre corps (mes doigts) les endroits douloureux et les blessures qui lui correspondent.

Séance 13 à 16

Edson s'inquiète d'une chirurgie finalement prévue pour sa fracture. Il fait part de sa douleur et poursuit sur la probable fin du monde le 21 décembre (nous sommes début décembre 2012). L'échange ci-dessous (séance 16) reflète assez bien certains de nos échanges, mêlant réalité-fantasmatisation-construction délirante:

Edson: « *C'est la fin du monde* »

LB: « *Ah bon?* »

Edson: « *Oui, là, la fin du monde le 21 décembre, la terre explose et on recommence à zéro au même âge* ». Ce disant Edson se saisit d'un ballon qu'il frappe au pied dans ma direction; je réponds en prenant un air surpris.

Edson: « *Ça m'arrive tout le temps de tirer sur des adultes* »

LB: « *Tout le temps? Par exemple* »

Edson: « *Sur la maîtresse mais j'avais peur qu'elle ait mal* »

LB: « *Ta peur quand un adulte peut avoir mal* » (je pense aux violences entre adultes auxquelles Edson a assisté, fallait-il ajouter que la douleur d'un autre serait conséquence d'un de ses actes?)

Edson: « *J'avais peur d'un malheur* »

LB: « *Lequel?* »

Edson: « *Qu'elle soit tuée* »

LB: « *Ça doit faire une sacrée émotion* »

Edson: « *Ça fait pas content* » (Edson louche fortement au moment de sa réponse, quelle qualité visuelle ou sensation de distance annule-t-il?).

Edson reprend le ballon utilisé et, plutôt que de me tirer dessus, sollicite une partie de football signalant les buts (sans gardien) par les pieds des chaises mises aux extrémités

de la pièce. Voyant une interaction, une relation qui s'oppose au tir dans ma direction, j'accepte le jeu. Edson avertit qu'il est le plus fort en foot, plus fort que ses copains, que Ronaldo (joueur professionnel portugais) qui lui a tout appris, que moi. Un processus délirant semble en route (beaucoup d'élaboration sur les techniques de football complètes et parfaites dont Edson serait capable) mais paradoxalement soutenir une certaine qualité relationnelle. Edson m'avertit: il a déjà « *joué et battu Ronaldo, il va me battre* » (les vocabulaires sportif et violent semblent se rejoindre). Il n'y a pourtant pas de jeu de foot effectif, car Edson poursuit sur Ronaldo, qui lui a également appris le Portugais, alors que « *sa mère et les maîtresses ne lui apprennent rien, les maîtres oui* » (ce qui vient de façon différente des femmes ou des hommes est un thème assez récurrent pour Edson). Si une pensée peu cohérente et délirante semble se manifester, nous avons pourtant la sensation qu'un contact, une rencontre est possible par le partage d'une certaine réalité: les douleurs du doigt ou le football.

Séances 17 à 20

Edson interroge deux choses peut-être liées entre elles par les effets des forces destructrices. Il se demande d'une part si les coups de pied au ballon peuvent percer le mur, et sans réponse de ma part mais incitation à en faire l'expérience, Edson varie de nombreux coups à divers endroits de la pièce. Par ailleurs il interroge les adresses de ses propres mouvements violents, et classe par ordre de priorité et d'intention les personnes à violenter, y compris ceux qui doivent être moins violentés (les enfants) ou exemptés de violence (les femmes, sa mère). Les coups au mur débutent à chaque fois les séances, comme si une structure de séance se dégageait et impliquait dans l'ordre sensori-motricité puis échange plus verbal.

Séances 21 à 25

Nous sommes dans une période dans laquelle Edson se dit sans idée. Cela ne correspond pas à l'impression clinique qu'il donne car il continue d'évoquer des questions du côté de ses origines (nom de famille, Portugal) et de la justification des violences. Il s'est décidé à mettre en place une partie de foot avec des buts signifiés par les chaises comme il l'avait déjà préparé sans que le jeu n'ait lieu. Je tiens compte de la répétition des apports du contenu clinique, des difficultés de verbalisation de l'enfant et de son initiative, et accepte la médiation. Je choisis de ne plus participer au jeu quelques

minutes avant la fin de séance à la fois pour laisser « redescendre » une certaine charge d'excitation et pour permettre un temps d'échange éventuel par une autre médiation (dessin, langage pour exemple). Pendant ces séances je crois aider Edson en sollicitant, comme en jeu de rôle, de nous nommer dans les jeux par des noms d'équipe de football plutôt que par nos prénoms réels. Ainsi la France et le Portugal d'Edson sont souvent opposées, avec larges victoires du Portugal. Edson est « *le plus fort du monde* », et utilise un vocabulaire très guerrier quand il souhaite marquer l'opposition du jeu. Une certaine inquiétude s'empare de moi. Car le choix de participer au jeu était motivé par l'espoir de s'appuyer sur la sensori-motricité pour permettre une rencontre sur les modalités dont Edson semble capable. Pourtant une certaine répétition semble s'installer, dans le jeu comme dans les échanges verbaux des premiers rendez-vous. Le jeu se répète, le délire (plus grand que tous... etc) ne se précise pas, et ne semble pas permettre une meilleure expression d'affects. Nous poursuivons sans changer de posture clinique sur un seul argument: à présent après le jeu Edson partage verbalement sur ce qui l'intéresse: le football, ses équipes préférées etc... La participation au jeu ne semble pas appuyer la relation pendant le jeu, mais après. Tout cela reste pourtant « désaffecté », aucune mimique n'échappe du visage de Edson, ni variation d'intonation.

Séance 26

Avec le ballon, Edson tire fort mais n'en pense rien, sauf à la faveur non pas d'une relance verbale mais d'un bruit différent du ballon lors d'un rebond sur une pièce métallique (lampe). Cette discrète différence de qualité sonore lui fait penser à « *des objets qui cassent* », sans meilleur développement. Edson interrompt lui-même le jeu de football pour « *se reposer* » et s'assoit au bureau. Il dessine des « zombies » comme dans son jeu vidéo de guerre préféré, confortant notre hypothèse de lien entre le jeu de football (vocabulaire violent du type: « *l'équipe du Portugal massacre celle de la France* ») et la préoccupation pour la violence que semble manifester Edson. Les zombies sont sans mains et des mains sont dessinées seules, séparées de tout corps ailleurs sur la feuille. Ce dessin est le troisième seulement depuis que nous nous voyons. Edson explique que les « zombies » se font détruire par un « super soldat » suréquipé en armes. Je demande à quoi servent les mains du dessin: « *à étrangler, de tuer* ». Edson est un peu plus prolix qu'à l'habitude et explique ce qui lui plaît dans le jeu vidéo qui correspond tout en continuant de dessiner. J'annonce la fin du rendez-vous, coupant

cette force, alors que le dessin non terminé est conservé et qu'il peut à son choix le reprendre ou non au prochain rendez-vous. Il me regarde en silence semblant ne pas comprendre et très attentif à la fois. Je précise:

LB: « *Ce dessin qui n'est pas terminé, la prochaine fois tu peux le compléter ou non, tu es libre* ». Ce disant Edson bouge sur sa chaise comme s'il était mal installé.

Edson: « *A l'école les sièges sont moins confortables qu'ici, c'est plus dur* »

LB: « *Ici, les règles sont plus souples, comme les fauteuils* »

Edson: « *Oui, à l'école je tiens pas bien en place sur la chaise, je me tourne, ça fâche la maitresse* ».

Lors de cette séquence, Edson s'est justement tourné de côté, de façon différente de son habitude, de sorte que chacun est moins spontanément dans le champ visuel de l'autre (évite-t-il de me voir ou d'être vu?). La dernière réplique d'Edson est le premier indice depuis que nous nous connaissons qui vient suggérer qu'il pourrait être pour quelque-chose dans l'affect d'un autre (maîtresse fâchée parce qu'il tient mal en place). Tout n'est peut-être pas faute de l'autre et tout alors n'est peut-être pas violence si l'on peut entrer dans des enjeux de relation interpersonnelle. Edson à l'idée d'un comportement qui affecterait autrui (maîtresse mais par transfert sur moi, mais se détournant). Cette idée semble s'associer à la fin de séance annoncée (vécu violent?), à partir de la sensation tactile des appuis sur la chaise. La chaise confortable vécue dans la séance conduit à un développement surprenant comparé à la chaise peu confortable de l'école, dont la sensation est éteinte. N'y a-t-il pas ici collusion entre du sensoriel et de l'hallucinoire, alors qu'il devient difficile de dire comment les deux aspects s'entremêlent? Quelle proto-représentation sensori-motrice archaïque d'être tenu (plus ou moins bien) psychiquement ou sur une chaise se réactive ici? À cet instant nous évoquons à la fois des règles plus souples qu'ailleurs (école) dans un cadre qui tient (fin de rendez-vous, dessin gardé dans la pièce, mais ne pouvant être terminé). A-t-on ici une trace sensorielle ancienne réactivée dans la relation? La séquence, quoique un peu mystérieuse, nous fait proposer la chose suivante. Edson envisage avec la maîtresse une tension relationnelle, peut être réactivée en séance. Y a-t-il ici une représentation pulsionnelle qui se sexualise un peu? Considérant son âge nous supposons pour Edson des enjeux du « *pubertaire* » (génitalisation des représentations incestueuses) sans clairement « *d'adolescents* » (à l'inverse de notre hypothèse pour Hector de processus du

« *pubertaire* » et de « *l'adolescents* ») tels que Gutton en propose la distinction (1991, pp10-11). Edson se décrit parfois tel que des stars du football, mais nous voyons dans ce processus ancien du collage plus qu'une identification à une idéalisation (il ne fait pas « comme »; il est le joueur; et ma demande de nous nommer autrement dans le jeu n'est certainement pas pour rien au regard de ce risque de confusion).

Séances 26 à 38:

À l'initiative d'Edson le temps et la fréquence du jeu de foot en séance diminuent. Son activité délirante se systématise un peu sur de la classification et justifications de violences (plus ou moins grave, selon la cause, en fonction de la victime...). Aussi, le jeu devient moins utile car Edson « clarifie » un transfert agressif: il construit un pistolet en papier mimant qu'il me tire dessus, il expose qu'en cas d'insultes de ma part envers sa famille ou sa mère je n'échapperai pas au sort violent. Côté football, il préfère à présent me construire une cabane avec les objets trouvés dans la pièce (couvertures, coussins, un tonneau en plastique...). Il détruit ma cabane et affiche de larges sourires pour m'expliquer la détresse affective que cela peut créer en moi. Qu'exprime-t-il de lui-même ? Tout se passe comme si le Moi avait besoin de vérifier en actes la solidité de l'objet tout en l'attaquant dans la réalité. Par ce même processus Edson peut vérifier dans le transfert l'absence de représailles, la capacité de l'objet à être utilisé tout en survivant à ce qui se passe.

D'un point de vue théorique l'objet à la fois est utilisé pour partie au bon vouloir du sujet sans perdre sa capacité à penser ce qui se joue, et survit sans répondre en retour aux attaques du sujet¹⁷. Ces deux « qualités » de l'objet nous semblent indispensables à l'accueil des processus destructeurs en jeu dans le cas de la psychopathologie d'Edson;

¹⁷ Ces deux points nous semblent respectivement exposés dans l'article « l'utilisation de l'objet », in Winnicott, 1971; l'objet est « découvert » dans la réalité, éprouvé par le sujet et mis à l'épreuve par sa destructivité et dans l'article « la haine dans le contre transfert », in Winnicott, 1958; l'objet survit en pensée, sans représailles, et participe à la transformation de la destructivité adressée par le sujet. L'auteur insiste sur le fait que cela est particulièrement en jeu avec des « *psychotiques, soulevant des problèmes d'aménagement de la cure* », p74; disons aménagement du cadre. Ces aménagements doivent permettre l'accueil de la haine du patient et éviter en retour un exercice de la haine du thérapeute.

ces qualités ressemblent in fine aux qualités d'un « médium malléable » tel que nous l'avons repris en partie théorique. Si l'objet naît dans la haine (Freud, 1915), nous ajouterons qu'il se doit d'y survivre.

Au début de cette même période Edson a perdu son grand-père maternel, et a pu assister à ses obsèques au Portugal. Il a été moins régulier aux rendez-vous, comme lors de certaines périodes. Nous avons fait l'hypothèse que les absences d'Edson tenaient pour partie aux modulations psychiques de sa mère. Lors de chaque période incluant de nombreuses absences d'Edson, nous avons constaté que sa mère semblait fatiguée physiquement et psychiquement, était en difficulté pour verbaliser ses préoccupations et pensées à l'égard de son fils. Edson ne peut verbaliser ni ses émotions ni envisager celles de sa mère par rapport à cette perte. Lors d'un rendez-vous pendant lequel le grand-père est évoqué, Edson évoque qu'il voit parfois un peu son grand-père. Invité à préciser, Edson expose quelques hallucinations visuelles: l'image du visage de son grand-père au plafond, le soir au coucher. Dans cette image Edson voit clairement son grand-père articuler comme pour parler mais n'entend rien. Cette image quoique un peu inquiétante pour l'enfant (il voit quelqu'un dont on lui a expliqué qu'il ne le verrait plus!), semble également rassurante par l'importance que Edson attribuait à cet homme de son vivant. L'évolution clinique nous semble tendre vers l'hypothèse soutenue plus haut d'un « *puberative* » sans « *adolescens* ». Un peu plus tard, Edson a convaincu son enseignante qu'il était sélectionné dans un club de football de haut niveau et que sa sœur elle-même adolescente (17 ans) venait d'accoucher à domicile d'un bébé. Ces constructions délirantes viennent-elles indiquer que « *la scène pubertaire s'installe par un système projectif, provoquant des régressions pré-pubertaires et des masques divers* » comme une possible évolution du pubertaire (Gutton, 1991, pp72-73)?

Dans cette évolution, il semble que les processus délirants se soient imposés dans une période où les hallucinations du visage du grand-père s'espaçaient en fréquence et baissaient en durée. L'inquiétude de l'école à partir des propos délirants d'Edson s'est propagée jusqu'à sa mère qui a demandé un rendez-vous au CMP. Edson et sa mère conviennent « *ne pas aller très bien* » en ce moment, et acceptent la proposition de passer à deux rendez-vous par semaine.

Séances 39 à 67

Le jeu de football a changé. Edson ne sollicite plus ma participation au jeu, et se montre très attentif à mes réactions (verbales ou non) à ce qu'il fait. Le projet de me construire une cabane à détruire domine de nombreuses séances. Ce projet est un peu différent pourtant car s'il détruit ma cabane construite par ses soins, il la renforce parfois assez pour que celle-ci résiste à tous les tirs de ballon. Dans cette période les premiers indices de renoncement, castration, semblent apparaître dans notre relation. Edson prend son thérapeute à témoin de sa fréquente incapacité à détruire sa cabane; par des « *je vais pas réussir, j'arrive pas, ça marche pas* ». Lors d'une séance Edson fabrique en papier un « *char d'assaut* » qu'il estampille du drapeau du Portugal mais n'en dit rien de plus. La séance suivante Edson tire sur ma cabane très fort, plusieurs fois sans succès, jusqu'à ce qu'un morceau tombe faisant un bruit inhabituel. Je pense aux verbalisations d'Edson à propos du bruit « *des objets qui cassent* » (séance 26).

Edson: « *Ça l'a cassé* », l'intonation d'Edson empêche de savoir si cette phrase est interrogative ou affirmative.

LB: « *Tu peux* ».

Edson répète plusieurs tirs puissants avec le ballon.

LB: « *Des tirs forts, de plus en plus fort sur ma cabane, que tu as faite pour moi* »

Edson: « *Oui, comme un char* ». (je pense au char fabriqué la séance précédente);

Edson vient de tirer dans le ballon qui manque sa cible: « *punaise!* »

LB: « *Punaise quoi?* »

Edson: « *J'ai du mal à viser, je casse une cabane des gens* ».

LB: « *On peut l'imaginer, le jouer* »

Edson: « *Il fallait pas m'embêter ils m'ont traité* »

LB: « *Traité?* »

Edson: « *Oui alors c'est bien fait pour eux* »

LB; la formule « *eux* » me fait penser aux élèves de l'école dont Edson se plaint beaucoup, et qu'il violente en retour: « *attaquer la cabane des gens qui traitent comme*

les autres élèves qui traitent à l'école »

Edson: « *Oui* ». un morceau de cabane tombe. « *Oups quel maladroit je t'ai cassé ta cabane* »

LB: « *Comme si c'était moi qui t'avais traité* »

Edson: « *Eh oui* »; Edson entre dans ce qui reste de la cabane. Nous laissons un silence de plusieurs minutes. Edson semble s'installer dans les ruines de la cabane, soupire plusieurs fois, dans les ruines d'un objet attaqué non complètement détruit, ma cabane construite-détruite par ses « soins ».

LB: « *Comment t'y sens-tu?* »

Edson: « *Mal, ça pue, j'ai mis des rats morts* ». « *J'en profite* »

LB: « *Oui, de quoi?* »

Edson: « *De casser ta cabane, il fallait pas me traiter* »

LB: « *Je t'aurais traité comment?* »

Edson: « *Toute ma famille* ». Edson me regarde directement alors que jusqu'à présent cet échange de regard semblait évité. Edson, dans une prosodie très posée; « *Bonjour monsieur, je vous ai cassé la cabane, il fallait pas traiter ma famille* ». Le « monsieur » et le vouvoiement semblent marquer une distance et un jeu de rôle qui se différencient des confusions qui semblent habituellement à l'œuvre chez Edson.

LB: « *Je m'en excuse, je vois bien que ça vous fait une grande émotion* » (dans une prosodie jouée et polie).

Edson: « *Il fallait pas me traiter, même si vous portez plainte, j'irai pas en prison* »

LB: « *Edson, nous sommes obligés d'arrêter le jeu maintenant parce que c'est l'heure* ».

Edson sort de la cabane et range l'ensemble des éléments. Depuis que nous nous connaissons c'est la première fois qu'Edson prend l'initiative de ranger avant de partir. Le dialogue a également des variations inconnues jusqu'à présent dans notre travail: agressivité mise en jeu sans participation active du thérapeute, agressivité adressée en transfert de façon plus explicite, investissement verbal de la relation avec décalage (vouvoiement, monsieur) qui fait espérer que les confusions jeu-réalité peuvent se clarifier, rangement (réparation de l'agressivité adressée? Sollicitude?) en fin de séance

qui incite à penser que Edson prend en compte les effets sur autrui de sa propre agressivité comme lors de l'épisode de la fâcherie de la maîtresse.

Au moment d'écrire ces lignes le travail avec Edson se poursuit et un peu plus d'une vingtaine de séances a suivi celle citée ci-dessus. Les changements relevés semblent stables: non-sollicitation et non-participation active du thérapeute dans le jeu, ébauche de questionnement des effets des actions et dire de Edson sur l'autre, variations d'expressions de l'agressivité (dessins au tableau, sur papier, mise en scène...), variations de réponses possibles (fuite, évitement, même les négociations sont envisagées), investissement verbal de ses propres pensées et de la relation. Il nous semble qu'Edson se nie un peu moins lui-même. À certains moments Edson semble effectivement « dire quelque chose à quelqu'un », ce qui n'était pas le cas lors des premiers mois de ce travail. De plus Edson ébauche des variations du clivage: lui-même n'est pas toujours « *le plus fort* » mais s'envisage aussi des défauts. Lors d'une séance il se dit « *comme son père... en fait pas tout à fait* ». Il varie aussi son jugement envers ses origines portugaises versus la France. Le Portugal était idéalisé et la France jugée mauvaise, à présent il verbalise avantages et inconvénients des deux pays. Lors d'une séance, il clive à nouveau une liste de personnes en « *amis* » ou « *ennemis* », puis modère en nommant des personnes qui ne peuvent appartenir à aucune des deux catégories et situe des amis et ennemis à la fois en France et au Portugal. L'année précédente Edson situait l'exclusivité des relations amicales au Portugal.

7.1.4.3 Réponses de Edson au protocole de recherche

Sans commenter nous indiquons ci-dessous les réponses d'Edson. Les résultats chiffrés, peu caractéristiques, sont en annexes à partir de la page 275. Seules les réponses à l'évaluation des représentations corporelles figurent ci-dessous. Les verbalisations de l'enfant sont en italiques, les relances du clinicien en caractère droit.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les os, le cœur, le sang, quand on se coupe on voit du sang, les poumons.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La tête les bras, les mains, le ventre, le dos, les cuisses, les jambes.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les mains, heu ici (il montre le coude). Le bras, l'épaule, la tête, le genou, Je me rappelle plus là, ah oui la cheville.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Jouer au foot, y a plein de choses en fait.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Les os, ça peut se casser comme mon petit doigt là.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

Le genou, parce que là y a plus d'os. Qu'y a-t-il? Ben y a le genou.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les poumons et les os, heu je sais pas, heu qu'est-ce que... Que... Je sais pas.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Rien

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

Je sais pas.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Elle grimpe sur le garçon par le ventre.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Partout. C'est à dire. Elle voit que c'est un garçon, ça se voit avec les cheveux et la tête et les affaires.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le nombril.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Elle voit son corps, mais en fait rien du tout il fait tout noir...* Alors à la fin elle ressort par où? *Le nombril*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Oh pas belles. Qu'est ce qui était beau? Son corps. Et pas beau? Je sais pas.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Des chatouilles, ça le faisait rigoler. Où? Partout.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Je sais pas.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? *Sa peau, les poils n'étaient pas marron mais noir. Pourquoi n'était-il pas pareil? C'est parce que c'est le père qui a baptisé.*

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Il était beau. L'aimait-elle? Oui. Et le papa ours? Il le trouvait tout beau comme le père. Et les autres oursons, frères et sœurs? Aussi, ils le trouvaient beau. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Il se trouvait beau aussi.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il va devenir tout vieux et un jour il va mourir, et c'est pareil pour la mère.

- Comment se termine cette histoire?

Un an plus tard il meurt. Comment? Je sais pas.



Dessin du bonhomme de Edson.

7.1.4.4 Confrontation entre protocole de recherche, hypothèses de recherche et clinique

La rencontre avec Edson s'est faite en juillet 2012. Edson est le premier enfant qui a accepté de participer à notre recherche, avec un protocole non définitif à ce moment-là (plus complet que celui présenté finalement dans notre recherche). Ses réponses au questionnaire d'alexithymie sont peu caractéristiques, comme le test des points d'appui au sol. Ses réponses au questionnaire de répression le rendent invalide (comme c'est le cas pour presque la moitié des sujets qui ont accepté de participer à la recherche).

Par contre la valeur projective du questionnaire corporel et du conte (évaluation des représentations corporelles) permet quelques hypothèses. Le « corps blessé » est évoqué à plusieurs réponses « *quand on se coupe on voit du sang* », « *les os, ça peut se casser* », « *il n'y a plus d'os* » et les nombreux « *je sais pas* » permettent d'engager une discussion au regard du corps blessé. Edson s'est-il construit des représentations corporelles négatives, au sens défaillant (corps blessé, fragile, manquant d'os...)? Les « *je sais pas* » marqueraient alors une défense pour ne pas laisser émerger ces représentations désagréables. À l'inverse Edson s'est-il construit des représentations corporelles issues d'une négativité, au sens de notre recherche? Dans cette idée le corps fait défaut (on ne sait pas de quoi), serait caractérisé par ce qu'il n'est pas (manque d'os...) mais peu caractérisé en positif par ce qu'il permet. Le dessin du bonhomme est assez pauvre et structuré à minima. La seule réponse « en positif » que Edson propose semble une pré-présentation du matériel clinique de nos rencontres: le corps sert à « *jouer au foot* ». Cette même dialectique se soutient à partir des réponses au conte. Les représentations corporelles sont soit désagréables (mais pas exclusivement; les « *chatouilles font rigoler* ») soit négativées (évitées); la fourmi du conte ne « *voit rien* ». Edson rassemble de nombreux « signes de problèmes » (Tichey de, 2010): entrée de la fourmi dans le corps par le ventre, pauvreté des références et dénouement négatif particulièrement dans le conte de l'ourson; avec la mort de l'ourson et de ses deux parents. Reliant ce protocole et les rencontres qui ont suivi, nous proposons les hypothèses suivantes: les enjeux du corps « négativés » sont liés à une violence elle-même négativée (fondamentale? Bergeret, 1984). Ces enjeux n'ont pu être adressés en séance qu'en actes par le jeu du football dans un premier temps. L'enfant est pris dans

des difficultés cognitives et de verbalisation (servent-elles à « négativer » toute connaissance et compréhension de ces processus psychiques? Pour rappel, Edson est en large retard scolaire, et suit une scolarité adaptée à ses difficultés d'apprentissage. Nous envisageons ici une déficience intellectuelle comme défense psychique, soit du Moi pour éviter la tension psychique soi-autre, soit du Surmoi empêchant la mise au jour de représentations violentes).

Nous proposons d'envisager ces mises en actes comme processus de représentation et de relation d'objet. Ce point s'argumente en particulier au regard de l'évolution clinique des séances avec Edson. En effet la baisse du recours aux actes dans le rôle que nous leur envisageons s'est accompagnée de l'augmentation d'autres processus créatifs: délire et hallucinations visuelles. À nouveau ces processus semblent avoir laissé un peu de place à un autre équilibre: actes représentatifs sans engagement du thérapeute, dessins, verbalisations. Nous supposons pour Edson un fragile mais nouvel équilibre de l'économie psychique par le recours à des processus de défense plus variés qu'auparavant. L'entrée au collège qui fut jugée peu probable lors des classes primaires fut possible (avec encore un aménagement). Nous supposons que la variation des processus psychiques citée a rendu la déficience intellectuelle, comme mécanisme de défense, moins « nécessaire » à l'équilibre psychique. Les processus qui relèvent du délire ou de l'hallucination visuelle seraient un recours (de pensée et sensoriel) qui donne une illusion de maîtrise des échanges avec la réalité, comme une tentative de contrôle de la boucle sensorialité-hallucinatoire. Au moment d'écrire ces lignes Edson expose qu'il commence à s'intéresser « *aux filles* », faisant penser que l'adolescence imposera encore de complexes variations de processus psychiques pour maintenir un précaire équilibre psychodynamique. Considérant le rôle de la sensorialité dans la clinique et la psychopathologie, nous avons déjà exposé la dialectique qui peut s'engager entre des processus marquant un irreprésentable (Botella C et S, 1985, 1992, 1995, 2001) et ceux à considérer comme une pré-représentation (Golse, 2012; Boubli, 2002, 2009).

In fine, nos hypothèses sur la négativité psychique via la sensorialité sont pour Edson assez opposées à ce que nous proposons dans le cas de Kali. Pour celle-ci, nous

suppositions à son activité de grattage une expression sensorielle (sensori-motrice) dans laquelle l'irreprésentable dominerait le pré-représenté. Cette « balance » serait inversée dans le cas de Edson, la sensorialité (là encore sensori-motricité, et même très motrice via le jeu de football) servirait largement de pré-représentation à un transfert agressif, sans exclusive d'une part d'irreprésentable.

8- DISCUSSION

8.1 PROPOSITIONS DE REAMENAGEMENT THEORIQUE

8.1.1 L'autisme ; prématurité psychique

Le paradigme de l'autisme ne fait pas partie de notre recherche mais de notre clinique depuis plusieurs années. Les souffrances autistiques révèlent souvent la difficulté de rencontre sensorielle avec le monde. Autisme est à mettre au pluriel. La fonction d'échange du corps (entre soi et non-soi, dedans et dehors physique et psychique) échoue largement dans cette pathologie. Si l'on suit Tustin (1990) dans ses tentatives de clarifier diverses formes d'autisme, un autisme primaire serait négation de limite, un autisme carapace serait protection par une limite imperméable (pas d'échange), un autisme sans carapace serait trou béant (le dedans se vide de façon hémorragique au dehors ou le dehors envahit le dedans dans un risque destructeur)... Avec ce modèle comme avec d'autres, l'autisme est souvent envisagé de façon symbiotique (l'autisme primaire normal fait lieu de beaucoup de discussions, nous ne suivons pas cette idée); et nous entendons en synthèse en hôpital de jour de psychiatrie publique que tel enfant souffre gravement d'autisme car il semble maintenir à tout prix une symbiose avec la mère (disons l'environnement). Le travail de séparation-individuation aurait échoué, et la clinique consisterait à permettre cette séparation dans de bonnes conditions de survie psychique.

Nous voulons apporter un contre point à cette idée. Nous avançons comme premier argument que grâce au repérage précoce des signes autistiques et à la prise en charge toute aussi précoce maintenant possible, les enfants autistiques sont pris en soins parfois à un âge très jeune: à un âge auquel il paraît « normal » que les processus de séparation-individuation ne soient pas achevés (peuvent-ils l'être?): les premiers mois de vie. Comment soupçonner des processus échoués de séparation-individuation à un âge où il est attendu qu'ils ne soient qu'ébauchés ? Voici notre premier argument. Notre second argument vient de notre expérience clinique. Certains enfants dits autistiques ne semblent effectivement manifester aucune réaction lors des séparations, changements

etc... Cela est souvent envisagé comme non-séparation dans une confusion soi-non soi, soi-mère-environnement. D'autres enfants à même « diagnostic » manifestent au contraire une détresse immense, répétée lors d'autres changements (passages de seuil, changements de rituels...). Voici notre second argument; la séparation n'a pas échoué, elle a eu lieu dans un arrachement violent et trop rapide. Nous y voyons une séparation sans individuation. Il y a lieu là de préciser diverses formes d'autisme ou de discuter notre proposition. Dans le modèle que nous proposons le sujet autistique serait en défaut d'attachement plutôt que de séparation. La séparation a eu lieu avant le vécu de lien; ici se trouve la négativité: le lien n'a pas pu être vécu. Si l'on insiste pour voir l'autisme comme une difficulté à la séparation; nous répondons se séparer certes, mais de quoi? Se séparer de rien, d'un non lien nous semble un défi impossible dont souffre le sujet autistique. Nous ne postulons pas ici une défaillance innée dans le cas de l'autisme, mais en tout cas des difficultés précoces (dès le premier semestre de vie, peut-être avant) qui induisent de façon tout aussi précoce des processus autistiques très résistant aux tentatives thérapeutiques visant à modifier cette trajectoire.

Notre proposition est la suivante; le sujet autistique est à considérer comme un prématuré psychique (nous pensions cette idée originale, que nous croyons finalement trouver dans le travail de Boubli et Konicheckis, 2002). Cette idée nous semble également implicite dans le travail de Passone et Suarez-Labat (2013), ou dans le développement de Claudon et al (2008). Cette référence recherche les fondements corporels de l'intersubjectivité à partir de la clinique de l'autisme. Il y est rappelé que la fusion primaire avec l'objet primaire ne peut être totale. Le corps propre, engagé avec son tonus dans le temps et l'espace avec un autre corps, est présenté comme premier support d'échanges émotionnels (avec un autre corps pensant et affecté) ; servant de base à la fois à la subjectivité et à la pensée (ibid). À l'image du prématuré physique dont les fonctions physiologiques ne sont pas achevées et le mettent en danger de mort (défaut de lubrification pulmonaire, défaut de déglutition...), le prématuré psychique (autistique) subirait une séparation trop rapide, trop consciente et violente; en un mot trop précoce alors que son appareil psychique n'est pas assez mature pour permettre au sujet d'affronter une telle réalité. Les fonctions du Moi dans leurs rôles de négocier les tensions au sein de l'appareil psychique et les tensions entre dedans et dehors ne sont pas prêtes. Le partage émotionnel cité plus haut n'a pu se faire. Le sujet vit un

arrachement à risque vital sans alternative ; il ne peut se réfugier dans un lien antérieur qui n'a pas été assez construit. Les tentatives de survie sont des recours à des défenses « faute de mieux »: tenter de contrôler les sensations par des stéréotypies (par des intérêts restreints spécialisés et hyper-intellectualisés loin des affects dans les cas dits Asperger), user de négativité (« *ça n'a pas eu lieu* » voudrait hurler le sujet autiste qui ne semble pas réagir aux séparations, « *même pas mal* » disent certains adolescents qui viennent de prendre un coup violent).

Ce traumatisme ne serait pas un trauma par retour, mais un traumatisme impensable initial. La sensorialité est alors au premier plan dans la psychopathologie, boucles et mouvements de rotations (retour au même), mouvements égocentrés et défaut d'initiative vers du non-soi. Nous ajoutons des tentatives de maîtrises sensorielles (stéréotypies, rituels), symptômes qui engagent le corps comme des cicatrices de cet arrachement (trou béant dans des angoisses et des symptômes corporels: troubles de l'alimentation et des sphincters, accrochages sensoriels type démantèlement) ou tentatives de constitution d'une enveloppe imperméable (constitution d'enveloppes sensorielles...), ou encore maintient hypertonique et rigide du corps dedans comme dehors; autant de tentatives de nier la séparation vécue comme arrachement à risque vital.

8.1.2 L'adolescence ; surgissement sensoriel ou résurgence œdipienne ?

Nous avons laissé ouvert le débat sur le statut à attribuer aux traces sensorielles imprimant la psyché de façon prépondérante dans les premiers temps de la vie, et qui continuent d'influencer la vie psychique. L'adolescence est l'autre période de risque de bouleversements sensoriels. Le débat qui gagnerait à ne pas être exclusif pourrait se situer entre: d'une part de l'irreprésentable (Botella C et S, 1985, 1992, 1995, 2001); face auquel survivre ou à représenter, comme du négatif pulsion de mort coupé de tout lien, et d'autre part du « proto- », « pré- », « pseudo- » représenté, comme du négatif plus sain pris dans un processus ébauché, ré-activable et à relier à d'autres représentations (Golse, 2012; Boubli, 2002, 2009).

Dans le cadre d'une psychopathologie avec « abus de négativité », l'adolescent ou

pré-adolescent apporte peu de matériel clinique. À la suite de la présente réflexion, nous postulons l'utilité d'une médiation corporelle (sensorielle) dans la thérapie. Elle aurait l'intérêt de soutenir une créativité à partir d'enjeux autour des limites; soi-non soi, dedans-dehors, hallucinatoire-sensoriel. Aussi nous considérons ici notre hypothèse d'un blocage alexithymique à l'adolescence qui permettrait d'empêcher non seulement le retour de conflits œdipiens, mais encore des angoisses sensorielles archaïques du bébé actualisées par les bouleversements sensoriels que l'adolescent ne peut que subir.

Dans la clinique, le travail à partir du sensoriel serait un travail à partir d'un objet externe réel, « en présence », qui pourrait ensuite être replacé dans une dynamique psychique, historique (l'histoire du sujet) et en relation d'objet (avec le thérapeute ou avec l'objet du transfert). Dans la thérapie, la difficulté du thérapeute consistera à tenter de distinguer la qualité de représentation pulsionnelle en jeu: angoisses primaires ou enjeux œdipiens. Pourtant les « choix techniques » du thérapeute dépendent largement de ses hypothèses quant aux processus en jeu. Concernant la sensorialité et la négativité, la difficulté est à son maximum. S'il s'agit de nier des sensations qui mettent en tensions ; de quelles tensions s'agit-il? Les sensations à éviter ou contrôler sont-elles celles d'un surgissement sensoriel (répétant les surgissements précédents) ou celles liées à la rencontre avec un autre différent, sexué, en lien avec des interdits introjetés et impliquant de « l'après coup »? Nous ne saurions répondre mais envisageons enfin que les deux sont en lien quand l'intrication de pulsions de vie et de mort est possible. Nous avons ainsi soutenu (Branchard et Pirlot, 2014) que chez l'adolescent du « *pubertaire* » (généralisation des représentations incestueuses) avec ou sans « *adolescents* » (idéalisation organisatrice) (Gutton, 1991) peut coexister chez un sujet avec de la « *sensorialité* » (mise en tension dedans-dehors) enfin prise dans une dynamique psychique plutôt que négative, mais pas nécessairement liée à des représentations pulsionnelles érotisées.

8.1.3 Retour sur le consensus théorique d'un corps « objet externe pour la psyché ».

Le corps; objet externe pour la psyché... Nous avons utilisé ce repère dès l'introduction et dans la partie théorique de notre travail. Il y a globalement consensus

sur ce point; considérer « la chair » comme objet externe pour la psyché; objet particulier, toujours présent et stimulant le sujet d'excitations à considérer alors également comme externes. Dans notre propre texte nous avons inclus, cité, utilisé ce consensus comme si nous l'acceptions. Nous voulons ici le remettre en question. L'humanité appuie ses théorisations et objets de recherche sur le langage. Elles sont toutes finalement des métaphores, y compris dans les sciences dures, il faut bien un langage pour nommer les mathématiques par exemple. Le seul objet (psychique) préalable à la langue ne peut-il pas être le corps?

Si les théories ne sont que des modèles, des fictions, nous proposons un modèle qui nous semble davantage propice à la pensée théorique et aux adaptations cliniques imposées par les situations difficiles. Notre proposition théorique est la suivante: nous considérons le corps comme un objet double pour la psyché: à la fois externe et interne. À ce titre il serait même le seul objet à posséder cette double qualité. Dans ce modèle que nous croyons nouveau (nous n'avons pas trouvé de proposition explicite en ce sens dans nos lectures), la double qualité psychique externe et interne du corps se discute de plusieurs façons. Dans le paradigme de l'hystérie il nous semble que le corps est utilisé effectivement dans la construction du symptôme comme objet externe par la psyché, le saut corporel hystérique est métaphore d'une tension psychique interne. Ce point ne retire pas le rôle éventuel du corps dans le processus psychique qui exige une solution, ici hystérique. C'est peut-être dans l'hystérie que le corps serait le plus externe à la psyché.

Dans les autres situations cliniques impliquant le corps nous soutenons la double qualité psychique du corps. Dans la situation psychosomatique, le symptôme corporel, qu'il soit « bête » ou non, n'est pas une représentation symbolisée de la tension psychique, il est cette tension. Cette tension corporelle et psychique n'a pu être élaborée par les processus des symbolisations, la subversion libidinale a échoué (Dejours, 1989) et le corps reste pulsionnel à l'endroit de certains symptômes, sans processus permettant de représenter les pulsions. Freud (1895) proposait peut être cela dans les débuts de sa théorisation, cherchant à modéliser les chemins pris par les excitations, leurs variations, transformations... La psyché, les symptômes, sont sans cesse nourris d'excitations corporelles. Personne ne peut échapper à ses excitations, aux sensations corporelles

réelles. Si alors on peut échapper aux excitations externes (fuir) mais pas aux excitations internes, (Freud, 1905), les sensations corporelles font parties des secondes: pas de fuite possible¹⁸. Nous entendons la citation ci-dessous comme un appui de nos arguments:

« Dans la conception freudienne, le traitement de l'affect inconscient continue à faire couler beaucoup d'encre; pour Freud, les qualités affectives sont conscientes, l'affect inconscient est sans qualité. Dans ces conditions, sans que nous soyons en mesure de dire comment cela se passe dans l'inconscient, ce sont les rythmes, les intensités, les oscillations de tensions qui sont supposés opérer à ce niveau: le mouvement et la perception de celui-ci au niveau du corps constituent l'affect inconscient. La qualité, apanage du conscient, n'en fait pas partie. » (Green, 2006, p49).

Les procédés auto-calmants, l'abus de négativité psychique jusqu'à hallucination négative des sensations (corps propre) sont alors autant de mécanismes de défense, de tentatives d'évitement des effets des tensions pulsionnelles, de tentatives de contrôle de ce qui échappe; comme autant d'enfants qui dorment et « ne sentent rien » pendant le trajet de la fourmi dans le test des contes de notre protocole. Les sensations sont alors au corps, à la réalité, ce que les pulsions sont à la psyché. Si le corps est objet externe et interne à la fois pour la psyché, pulsion et sensation sont des concepts d'une grande proximité. Les « signifiants formels » ne sont pas nécessairement symbolisation non plus, mais échec de cette symbolisation montrée en sensori-motricité par le sujet là où la tension n'a pu s'élaborer.

Pour exemple, l'adolescent qui se scarifie ne symbolise pas nécessairement par ses gestes, il formalise « ça souffre », « ça déchire », « ça ouvre ».... Le sujet autiste formalise en stéréotypies « ça reste semblable », « ça revient pareil »... Le corps est alors seuil, entre dedans et dehors (physique et psychique), soi et non soi... Un tel modèle conduit à des conséquences cliniques: on ne peut rencontrer le sujet que dans ses registres de tensions. Freud a distingué névrose et psychose selon la perception et la

¹⁸ Sauf dans le sommeil, mais cette tentative échoue régulièrement par l'activité onirique qui permet réactualisation de traces sensorielles. La seule fuite sûre et sans retour des sensations est la mort. Certains patients explicitent après une « tentative de suicide » qu'ils ne voulaient pas mourir, ils voulaient juste « que ça s'arrête ».

prise en compte ou non du monde extérieur par le Moi, influençant la construction du monde interne (1923b) via perceptions passées (en mémoire) et actuelles. Il tente de distinguer par 3 tournures névrose et psychose selon la considération du monde extérieur par la psyché:

« La différence initiale s'exprime alors dans le résultat final, de telle façon que dans la névrose un morceau de la réalité est évité sur le mode de la fuite et dans la psychose en revanche il est remanié dans sa construction. Ou bien: dans la psychose, à la fuite initiale succède une phase active de reconstruction, dans la névrose à l'obéissance initiale une tentative de fuite après coup. Ou bien, pour l'exprimer encore autrement: la névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir d'elle; la psychose la dénie et cherche à la remplacer ». (Freud, 1924b, p39)

Ces « petites différences » sont parfois difficiles à repérer dans la clinique. Plus que le dedans ou le dehors considérés par le Moi, n'est-ce pas des processus en jeu sur le seuil du corps dont il est ici question? Nous espérons qu'une dynamique psychique soit possible sur ce seuil, là où précisément soit l'intérieur, soit l'extérieur, soit les échanges entre les deux sont la cible de la négativité. Se sentir vivant passe pourtant par les éprouvés d'un tel seuil. Dans cas de Edson (sujet 8) les réponses au protocole de recherche laissent même envisager un seuil où serait accepté les sorties du corps mais pas les entrées : un seuil à sens unique. Se défendre contre un risque de vidage (vidange même ; mouvement de dedans vers dehors) diffère d'une défense contre un risque d'intrusion (mouvement de dehors vers dedans). La métaphore d'un compromis psychique chez le névrosé n'est pas le registre le plus courant rencontré dans notre clinique de psychiatrie publique. Dans beaucoup de situations, nulle parole symbolisante, nul langage corporel; le corps est présence pulsionnelle. « ça souffre, ça ouvre, ça respire, ça ferme, ça saigne, ça sort, ça rentre, ça bloque, ça coule... », et « ça a à être vécu en présence d'un autre avant que ça parle » (que cela se parle).

Les affects liés sont énormes, « ça effraie », « ça colère »... Ainsi, Déïmos cherche à éprouver sensoriellement dans le tonneau (son angoisse?), « ça gratte » pour Kali, « ça attaque » pour Hector. Dans son cas, éprouver en sensori-motricité l'agressivité est aussi éprouver (au sens mise à l'épreuve) le thérapeute et la relation, peut-être vérifier que

« ça tient » avant toute autre dynamique psychique. Notre point de vue sur cette double qualité externe-interne du corps trouve appui à notre avis dans l'histoire du corps au sein de la métapsychologie freudienne. Pour expliciter, nous avons assisté en congrès (congrès corps et psyché; « le corps et ses images », Poitiers 2013) au développement d'un débat sur le statut du corps au sein de la psychanalyse. La dialectique se tendait entre la question d'un corps « oublié » ou « évité » par la psychanalyse. Nous voyons le corps comme objet support de la naissance de la psychanalyse (par le paradigme de l'hystérie et par la formation neurologique de Freud). De notre avis il ne serait ni oublié ni évité mais sa double qualité externe-interne à la vie psychique en ferait un objet « d'embarras » qui n'a pas fini d'alimenter les débats; le corps certes est là, mais qu'en faire? L'absence du concept « d'image du corps » du vocabulaire de la psychanalyse (Laplanche et Pontalis, 1967) pourrait bien être un symptôme révélant notre hypothèse.

8.1.4 Multitude des qualités de représentation

Nous avons évoqué dans notre texte plusieurs registres de représentation des « représentants pulsionnels ». Nous ne saurions défendre l'idée qu'une représentation relève de plusieurs de ces registres en même temps, mais nous soutenons que chaque humain est capable de « faire appel » alternativement à l'un ou l'autre de ces registres.

Ces qualités de représentations ne peuvent, à nos yeux, être qualifiées de plus ou moins noble, plus ou moins souhaitées ou efficaces. Nous nommons ici qualité de représentation ce qui finalement est proche du symptôme dans sa capacité à représenter comment la psyché traite les tensions psychiques. De façon non exhaustive, nous tentons ci-dessous d'évoquer ces diverses qualités:

-1- la qualité de compromis; le modèle reste celui du symptôme névrotique comme compromis entre désir et interdit. Le paradigme de l'hystérie reste celui qui représente au mieux l'engagement du corporel dans ce type de processus. La négativité psychique n'y est pas dominante. Représentée par le refoulement essentiellement il s'agit ici d'une négativité relativement souple qui s'inclut dans la dynamique psychique. Dans ces processus la symbolisation secondaire est possible et le travail par le langage est d'un grand secours pour toute approche thérapeutique.

-2- la qualité psychotique; sur ce modèle la projection du mauvais risque d'aller de pair avec des effets de clivage. Nous disons psychotique plutôt que projective car la négativité s'exprime soit en clivage d'opposition (bon et mauvais inconciliables) soit en déni (en particulier tentative de déni de la réalité externe qui peut se comprendre, selon notre approche du paragraphe précédent comme déni de seuil sur sa face externe; « ça ne fait que sortir mais ça ne s'introjecte pas »). Le corps, sensoriel, est largement impliqué quand ce type de processus domine la vie psychique.

-3- la qualité psychosomatique; elle serait obtenue par un large envahissement de la négativité à tout l'appareil psychique tel que nous l'avons présenté en partie théorique. Ici le corps porte la tension psychique niée par l'appareil psychique. La tension, non traitée par un processus de symbolisation « surcharge » le corps peut-être à l'endroit (ou à la fonction) même où la subversion libidinale échoue (Dejours, 1989).

-4- la qualité auto-calmanche; elle relèverait du même mode de négativité que pour les processus psychosomatiques, mais la psyché tente de nier toute tension en l'évacuant dans un entretien de tension réelle au niveau du corps, sports à outrance ou en limite, attaques réelles du corps, maintien d'activités automatiques... La surcharge psychosomatique est évitée par l'exigence d'une décharge très régulière (d'appoint économique) via le corporel. À la différence de la qualité psychosomatique, le sujet se trouve très actif dans l'entretien du processus.

-5- la qualité décharge; le modèle est celui du passage à l'acte, l'appareil psychique tend à évacuer la tension de façon instantanée à l'inverse de la progressivité de la qualité précédente. C'est un échec puisque la détente ne vient pas, ou dure peu. « Ça surcharge et déborde », puis cela recommence...

-6- la qualité de formalisation. Des « représentants formels » remplissent une fonction de représentation, au plus près de ce qui ne peut être pensé. « ça tombe, ça s'ouvre, ça tient, ça se ferme ». Quoique très formels ces processus ont la possibilité d'être reçus par un autre et transformés dans la rencontre. Le corporel est engagé dans ce type de processus dès la naissance (peut-être avant). Nous avons exposé en partie théorique notre conviction que ces formalisations présentes dans les premiers temps de

vie du bébé continuent d'exister et d'influencer la vie psychique de chacun.

-7- la qualité « primaire ». Il s'agit d'une représentation « en présence ». L'absence ne peut être symbolisée sur un mode métaphorique. Le processus peut être qualifié de primaire au sens qu'il y a dépendance à un objet externe réel (le sujet est et fait comme l'objet, l'identification est une identification en présence non introjectée, plutôt une imitation, voire une adhésivité). Peu transformée, la tension est pourtant représentée (symbolisation primaire). Le modèle serait celui de la mise en acte symbolique (différent d'un passage à l'acte): frapper fort un ballon pour signifier de l'agressivité, s'engager dans un jeu de rôle, s'appuyer de gestes explicites pour soutenir les propos. Le corps est alors impliqué dans des tentatives de ne pas laisser une négativité faire son œuvre.

-8- la qualité négative. Dans cette dernière les processus psychiques servent à représenter de l'irreprésentable ou du pré-représenté resté « en l'état ». Le rien, le vide, dominant la représentation. La sensation disparaît aussitôt sentie. Si « le mot tue la chose », il tue aussi l'éprouvé sensoriel. Si « je est un autre », le corps est un autre. Ici la négativité est une tentative de nier toute tension: ni évacuer, ni symboliser; défi impossible. Le refus est un refus du seuil. La psyché déploie des efforts pour faire comme si la tension n'était pas là.

Cette capacité à utiliser diverses qualités de représentation est probablement précoce, et nous croyons voir ce point de vue à partir de la citation ci-dessous de Boubli (2009) qui propose une relecture du concept d'adhésivité;

« les bébés ne sont, sauf peut-être moment de détresse extrême ou lorsqu'ils sombrent dans le sommeil, à aucun moment exclusivement dans l'unidimensionalité ou la bi-dimensionnalité. Par le biais de l'objet, ils se situent à la fois dans ces deux dimensions ainsi que dans la tridimensionnalité » (p38, c'est nous qui soulignons et conservons la grammaire du texte originel).

Nous croyons que ces modalités de rapport à l'objet vont influencer les modes de représentations pulsionnelles qui peuvent lui être adressées. Plus près de la clinique,

Denis (2006) cherche à préciser des aménagements de la cure psychanalytique type pour les pathologies de l'extrême. Au niveau technique elle précise la nécessité d'entendre et de répondre à une « *défense excorporative* » pour « *établir une séquence : excorporation-sensation-représentation de mot* » (p524). Nous croyons suivre cette idée pour les graves pathologies dont souffrent certaines personnes que nous rencontrons en psychiatrie publique. Via le corporel, nous espérons proposer un cadre apte à produire de l'« excorporation » ; expressivité très privilégiée par ceux que nous rencontrons.

Si nous mettons les diverses qualités de représentations pulsionnelles à l'épreuve de la clinique, il nous faut admettre que chaque sujet peut tout à tour « utiliser » l'un ou l'autre de ces registres. Certains sont utilisés de façon plus intense, dominante ou plus constante, mais nous croyons qu'aucun n'est exclusif des autres. Cette idée s'oppose aux modèles qui tentent de penser la psyché en termes de structure ou de fonctionnement quasi mécanique. Également cette idée indique une clinique qui s'adapte aux qualités de représentations dominantes ou du moment du patient. Parler « métaphore » à quelqu'un qui parle un autre registre risque de faire échouer la rencontre.

En ce qui concerne notre approche de la négativité, nous croisons enfin notre réflexion sur ces qualités de représentation avec les éléments recueillis dans nos protocoles de recherche. Nous en arrivons à la réflexion suivante : nous gagnerions probablement dans notre recherche comme dans nos hypothèses cliniques dans la rencontre avec chaque sujet à tenter de différencier une négativité primaire d'une négativité plus secondaire. L'une n'empêche pas l'autre, mais la première constituerait un effort immédiat pour éviter la prise en compte de la rencontre avec la réalité externe, là où la seconde serait une réaction seconde, un mécanisme de défense pour tenter d'annuler les effets (physiques, affectifs, psychiques...) de cette rencontre. Les représentations du sujet seraient elle-même « teintées » de l'influence de ces deux types de négativité.

8.2 PROPOSITION DE REAMENAGEMENT CLINIQUE

8.2.1 Question d'éthique

« *Il n'est pas prêt* ». Nous avons déjà cité dans notre texte cette expression entendue de nombreuses fois, prononcée par des cliniciens à qui l'on demandait s'il pouvait recevoir un patient dont la psychopathologie promettait une clinique bien délicate. Nous voulons revenir sur ce point. Si le clinicien est convaincu qu'il ne pourra aider le patient, nous convenons que la meilleure attitude est effectivement celle de ne pas s'engager. Il y a lieu alors de penser s'il faut aider ou non le sujet qui se présente à rechercher une autre aide plus adaptée. Parfois le clinicien évite de s'engager dans une relation qui promet des difficultés, alors que ses qualités n'empêchent pas forcément la relation.

Notre point de vue est le suivant: hors la cure type, la psychanalyse peut participer à élaborer des dispositifs cliniques d'aide pour les personnes dont la psychopathologie indique des adaptations. Dans notre chapitre sur le cadre, nous avons soutenu la possibilité de figurer en actes des représentations; d'utiliser la réalité externe quand les représentations internes font défaut. De notre avis, il s'agit de répondre aux « besoins psychiques » selon les capacités expressives du sujet. Nous pouvons accepter toute dialectique sur les aménagements que nous proposons. Nous soutiendrons que c'est au thérapeute d'ajuster cadre et technique dans leurs limites et non aux patients de correspondre au type de soin existant. Eu égard de ces limites il nous semble que notre question revient à une question éthique. À partir du cadre interne de chacun, comment distinguer nos limites d'enjeux contre-transférentiels précocement à l'œuvre? Les institutions et en particulier la psychiatrie publique lieu de notre recherche sont des lieux peu propices à la cure type. La psychothérapie d'inspiration analytique en face à face est une adaptation de la cure type largement proposée en institution. Mais la difficulté que nous soulevons nous semble se répéter. Nombre de sujets ne peuvent bénéficier d'un face à face d'inspiration psychanalytique où le thérapeute attend (exige) tension transférentielle, expression d'un désir, médiation verbale usant de métaphore... Que devient cela avec les sujets autistiques? L'aménagement du cadre matériel réel

(réalité externe proposée au patient) nous semble faire partie de ces questions.

Ramenant cela à une question d'éthique que nous ne pouvons résoudre, nous concluons ici comme un plaidoyer pour une inventivité institutionnelle qui saurait conserver l'épistémologie psychanalytique qui garantit un accueil de l'autre en souffrance et une liberté expressive tout en permettant des cadres adaptés aux situations psychopathologiques. Au regard de la place des psychologues dans ces institutions, leur formation initiale n'est-elle pas aussi à moduler dans ce sens?

Notre proposition d'aménagement clinique est en lien avec notre proposition théorique de considérer le corps comme un objet double pour la psyché, à la fois interne et externe. Chacun doit inventer et soutenir son propre cadre. Dans les « cas extrêmes » nous proposons de rechercher un cadre et une médiation (corporelle dans notre approche) qui considère la dynamique psychique à l'œuvre entre 4 instances. Aux trois instances proposées par la seconde topique freudienne, nous ajoutons une quatrième que nous nommons réalité externe. Nous ne parvenons à cette idée qu'après avoir accepté celle que les différences entre l'interne et l'externe sont incertaines et finalement toujours mises au travail. Plus qu'un objet, nous proposons de considérer la réalité externe comme instance psychique (puisque dynamique) elle-même prise de façon dynamique dans des enjeux avec les trois autres. Le lieu de tension de cette instance avec les 3 autres paraît à chaque page de notre travail : le corps. Dans ces « cas extrêmes » ; notre clinique sera *avec, à partir et par* le corps, adaptée à chaque situation singulière.

8.2.2 Retour sur la dialectique irreprésentable/pré-représenté ; enjeux cliniques

Pour préciser notre approche nous avons isolé la sensorialité du reste de la « corporéité ». Il s'agit ici d'un réductionnisme qui pourrait se compenser un peu en considérant la sensori-motricité plus que la sensorialité. La clinique montre bien cette irréductibilité, de façon parfois flagrante selon les initiatives très motrices de Hector et Edson dans nos études de cas.

La dynamique psychique en jeu ne peut être que subjective et précisée par le sujet

lui-même. Nous avons proposé pourtant deux hypothèses issues de nos lectures: « irreprésentable » versus « pré-représenté ». Ces deux hypothèses semblent s'opposer. Une première hypothèse envisage que la sensori-motricité constitue une formalisation: « pré », « proto », « pseudo » représentation. (Golse, 2012; Boubli et Konicheckis, 2002 et 2009). Dans cette idée une dynamique psychique progrédiente pourrait se mettre à l'œuvre à partir des traces sensorielles archaïques. Ces traces seraient réactivées dans la clinique au plus près de leur origine corporelle. Dans la thérapeutique, l'objectif serait alors de soutenir une dynamique psychique progrédiente à partir de ces figurations. La seconde hypothèse envisage au contraire un effet régrédient. Au prise avec un « irreprésentable » qui ne peut que le rester (Botella C et S, 1985, 1992, 1995, 2001), le sujet figure régressivement au plus près du corps cet irreprésentable. Il y a nécessité d'éprouver, survivre (éprouver que l'on survit) et représenter qu'il existe un irreprésentable (à la différence d'une représentation). La figuration peut éventuellement situer le lieu du corps marqué de cet irreprésentable sans être pris alors dans une dynamique de représentation comme dans la première hypothèse.

Notre compréhension de ces aspects marque les limites de la créativité que nous soutenions au paragraphe précédent. Voici le paradoxe auquel nous sommes soumis. Notre compréhension théorique de la négativité liée au corps nous fait envisager la négativité psychique comme de « l'irreprésentable ». À l'inverse, notre clinique par son cadre et ses interventions nous semblent correspondre à des tentatives de réactiver du « pré-représenté ». Au point où nous en sommes de notre réflexion nous ne saurions répondre à cette apparente opposition, clivage, que par une tentative de compromis. Nous ne postulons pas qu'à une expression sensori-motrice précise puisse correspondre à la fois de l'irreprésentable et du pré-représenté; mais envisageons que selon le sujet, le moment, une forme expressive sensori-motrice est tantôt une expression de l'irreprésentable tantôt une pré-représentation. Pourtant ce point de vue indique la limite de notre propre approche dans ces enjeux cliniques. Comment construire des hypothèses psychopathologiques pour argumenter dans un sens ou dans l'autre? Mais encore selon l'hypothèse à laquelle nous nous rendons entre « irreprésentable » et « pré-représenté », les conséquences cliniques et techniques diffèrent probablement, et seraient encore à préciser.

Nous inversons ici la temporalité de notre travail. Nous avons proposé un cadre clinique qui permettrait l'expression sensori-motrice d'une part de négativité psychique. À l'inverse ce cadre ne peut être complètement décidé à priori, il est à adapter à posteriori selon la singularité de la rencontre. Les processus qui conduisent les ajustements de cadre en cours de thérapie ont été peu explorés dans notre recherche. La négativité psychique, quel que soit le cadre proposé, conservera un « reste » non mis à jour. Pour progresser alors il nous semble qu'il y aurait lieu de rechercher les processus à l'œuvre chez le thérapeute.

9- CONCLUSION

Au point où nous parvenons nous nous devons de rappeler les limites de notre approche. Certaines limites tiennent aux choix du chercheur et aux conditions de mise en route du travail. Ainsi, nous avons évoqué nos choix méthodologiques et les conditions matérielles et éthiques de cette recherche. Plus que de regretter ou conforter des choix, nous sentons l'utilité de poursuivre questionnement et dialectique par des changements d'approches, de méthodologie, de « population » d'étude... Peu de résultats émergent de la méthodologie que nous espérions la plus objective. Finalement l'absence de résultat est un résultat qui alimente la discussion. Nous continuons de soutenir pourtant l'utilité de l'approche clinique subjective qui prend un sens particulier dans chaque rencontre elle-même singulière. Nous croyons avoir pu le faire en mettant en perspective les résultats des protocoles avec les études de cas cliniques. Aucune rencontre humaine ne saurait se réduire à une méthode. Voici donc une autre ouverture, la recherche que nous avons voulue clinique gagnerait à se compléter d'une recherche plus fondamentale. À nouveau une dialectique serait à engager entre les deux.

Pour circonscrire notre recherche nous avons tenté d'isoler la sensorialité et ses avatars d'autres composantes du corporel; pour la relier aux efforts psychiques relevant de la négativité. Ceci fut nécessaire à notre travail, mais nous devons dénoncer ici un réductionnisme. En particulier la motricité et les enjeux du tonus doivent ici être réintégrés dans notre préoccupation. Ces aspects concernent notre approche, ils sont riches en sensorialité et eux-mêmes liés à la dynamique psychique. Ils ont été peu explorés alors qu'ils sont au premier plan de notre conception de tensions entre le dedans et le dehors. Ainsi se dessine un autre chemin de recherche qui pourrait être poursuivi. Il va de pair avec notre proposition d'un corps à la fois interne et externe pour la psyché.

Du côté de la limite de notre travail, nous devons encore relever un point. Nous avons soutenu que la sensorialité relève de processus actifs. La relative mise à l'écart de la motricité pour circonscrire notre travail « ampute » un peu la partie active de la sensorialité, devrions nous dire de la sensori-motricité. Cette amputation est une limite de notre travail car la motricité est une qualité du corps qui permet d'aller à la rencontre de l'objet, précisément de ne pas subir sa présence mais de s'en approcher (ou de le fuir). Les études de cas, en particulier Edson et Hector, montrent à quel point la

motricité permet de mettre en acte la rencontre avec l'objet, de sexualiser la sensorialité par la part active, motrice, que le sujet prend. Préciser plus avant ce point devra relever d'une autre étude.

Notre approche relève d'un paradoxe: révéler positivement la négativité. Peine perdue dès le départ puisque par définition la négativité « se cache ». Ici nous livrons notre conviction que la négativité cède parfois et se montre par des manifestations de ce qui *n'est plus caché*. Vue comme cela, notre approche est finalement une approche des processus fondés sur la négativité plutôt qu'une approche sur la négativité elle-même. S'il doit y avoir un roc négatif inaccessible, un manque fondamental, nous insistons sur notre approche en proposant qu'il ne peut être qu'un manque au corps plutôt qu'un manque à l'activité de symbolisation. Quelque chose du corps persiste à ne pas se lier à la psyché. Nous ne croyons pas ici être original, mais proposer explicitement un point de vue qui nous semble implicite dans l'épistémologie psychanalytique depuis sa naissance. L'approche post-freudienne construit des théorisations nouvelles et des adaptations cliniques loin de la cure type. Nous voyons là une richesse plutôt qu'un détournement de la psychanalyse, et espérons par notre recherche avoir participé à cette aventure. Les développements théorico-cliniques à venir de la psychanalyse pourraient bien se situer hors la situation de la cure, ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes. Dans ce sens et comme pour rendre hommage à notre directeur de thèse qui nous mit sur la piste des travaux de Green; nous pensons que ce dernier a montré le chemin dans son livre héritage et son chapitre introductif dans « *les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique, le dedans et le dehors* » (c'est nous qui soulignons). Après 3 lectures nous devons reconnaître que notre « assimilation » du texte doit encore être affinée, voilà donc qu'il nous faudra y retourner...

Le lecteur a sans doute remarqué l'utilisation alternative dans notre texte des premières personnes du singulier et du pluriel. Nous avons tenté de respecter le style académique qui attend la première personne du pluriel, au moins un choix exclusif. Ce fut impossible. Je n'ai pas pu faire autrement pour des raisons qui tiennent probablement à autre chose qu'une question de style ou de norme académique. Finalement le chercheur projette ses questions singulières dans sa recherche... et dans son style d'écriture. L'utilisation des deux personnes relève peut-être de notre étude. La première

personne du singulier indique une tentative de subjectivité, de pensée libre de toute autre, en particulier dans les situations cliniques. Il s'agit bien d'une tentative car une pensée totalement détachée de toute autre peut-elle exister? Au regard de la négativité, il s'agirait de tenter d'exposer ce que je pense de façon subjective hors d'autres. La première personne du pluriel reconnaît l'impossibilité d'une pensée totalement détachée, mais à l'inverse tel que nous l'avons indiqué dans le texte la fusion ne peut être complète. Comme un résumé de notre compréhension de la vie humaine: une partie de soi est d'emblée détachée et; malgré les processus de subjectivation et de liberté les plus aboutis nous mourrons incomplets, pas complètement détachés... corps et psyché. Ainsi nous reconnaissons dans notre pensée les appuis liés à d'autres, eux-mêmes liés à d'autres encore... Je et nous se livrent alors à une danse dialectique qui correspond à notre recherche. Cette danse symbolise d'une certaine manière notre question et ne pouvait s'abolir dans le texte.

Enfin, nous regardons le chemin parcouru pour ce travail. À défaut de « trouver » nous pensons juste notre démarche de « chercher », nous la soutiendrons. Nous ignorons les bénéfices que d'autres pourrons trouver dans notre travail. Un bénéfice nous paraît pourtant évident: nos représentations de la vie psychique se sont modifiées au cours de ce travail. Elles ne sont pas plus simples qu'au point de départ (même plutôt plus complexes), mais nous les pensons plus claires pour nous-même au point de pouvoir mieux en rendre compte. Même si le bénéfice de ce travail n'est que pour un seul, il n'est pas vain. Notre préoccupation pour lier nos représentations de la vie aux applications cliniques pour les situations difficiles n'en n'est que renforcée également. Les développements ébauchés dans ce travail sont à poursuivre sur cette voie, sur celles « négativées », et sur celles que d'autres proposerons. Au moment de conclure nous ne sentons pas être sur un point d'arrivée, mais à nouveau sur un autre point de départ.

10- BIBLIOGRAPHIE

- Acklin, M.W., 1995, Rorschach assessment of the borderline child, in *Journal of clinical psychology*, 51(2), 294-302.
- Ajuriaguerra (de), J., 1962, Le corps comme relation, in *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 21(2), 137-157.
- Ajuriaguerra (de), J., Bonvalot-Soubiran, G., 1959, Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile, in *La psychiatrie de l'enfant*, 2(2), 423-494.
- Anzieu, A., 2006, Corps et contre-transfert, in *Carnet psy*, 111(9), 27-32.
- Anzieu, D., 1985, *Le moi peau*, Paris, Dunod, 1995.
- Aucouturier, B., 2005, *La méthode Aucouturier, fantasmes d'action et pratique psychomotrice*, Bruxelles, Deboeck.
- Aulagnier, P., 1975, *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 2003
- Attigui, P., 2012, *Jeu, transfert et psychose*, Paris, Dunod.
- Baranes, J.J., 2012, *Langages et mémoire du corps en psychanalyse*, Toulouse, Erès.
- Bergeret, J., 1974, *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 1996.
- Bergeret, J., 1984, *La violence fondamentale, l'inépuisable Œdipe*, Paris, Dunod.
- Bergeret, J., 2011, Les états limites en 2010, in *Revue française de psychanalyse*, 75(2), 367-374.
- Bergès, J., Lézine, I., 1963, *Test d'imitation de gestes*, Paris, Masson.
- Bermond, B., Vorst, H. C. M., Vingerhoets, A. J. J. M., Gerritsen, W., 1999, The Amsterdam Alexithymia Scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 241–251.
- Berthoz, A., 1997, *Le sens du mouvement*, Paris, Odile Jacob.
- Bick, E., 1964, Notes on infant observation in psycho-analytic training, in *International Journal of Psycho-Analysis*, 45(4), 558-566).
- Bion, W.R., 1961, *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1976.
- Bion, W.R., 1962, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1991.
- Bion, W.R., 1967, *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1992.
- Bion, W.R., 1974, *L'attention et l'interprétation*, Paris, Payot.
- Bleger, J., 1967, Psycho-analysis of the psycho-analytic frame, in *The international journal of psychoanalysis*, 48, 511-519.
- Blomart, J, 1998, *Le Rorschach chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, ECPA
- Botella, C., Botella, S., 1985, Pensée animique, conviction et mémoire, in *Revue*

française de psychanalyse, 49(4), 991-1007.

Botella, C., Botella, S., 1992, Le statut métapsychologique de la perception et l'irreprésentable, in *Revue française de psychanalyse*, 56(1), 23-37.

Botella, C., Botella, S., 1995, Sur le processus analytique: du perceptif aux causalités psychiques, in *Revue française de psychanalyse*, 59(2), 349-366.

Botella, C., Botella, S., 2001, La figurabilité psychique, Lausanne, Delachaux et Niestlé.

Boubli, M., 2009, Corps, psyché et langage, Paris, Dunod.

Boubli, M., Konicheckis, A., (dir), 2002, Clinique psychanalytique de la sensorialité, Paris, Dunod.

Boubli, M., Elbez, J.C., 2010, Agirs et sensations à l'adolescence : appel à une mémoire implicite dans des modalités de lien à soi et à un objet externe en mal d'internalisation, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 58, 234-240.

Bouvet, M., 1967, La relation d'objet, Paris, PUF, 2006.

Branchard, L., 2011, À la recherche du psychomotricien... la parole aux psychomotriciens, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 168, 108-118.

Branchard, L., 2013, À la fin de la touche, j'envoie! in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 173, 24-35.

Branchard, L., Pirlot, G., 2011, De la violence à l'agressivité, du passage à l'acte à la mise en acte, du groupe au sujet, in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 56, 201-214.

Branchard, L., Pirlot, G., 2014, Le travail d'empêchement de l'effraction sensorielle, in *Adolescence*, 32(4), 835-846.

Brun, A., Chouvier, B., Roussillon, R., 2013, Manuel des médiations thérapeutiques, Paris, Dunod.

Bullinger, A., 2004, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Ramonville Saint-Agne, Erès.

Calza, A., Contant, M., 2012, Corps, sensorialité et pathologie de la symbolisation, Issy-les-Moulineaux, Masson.

Carton, S., 2006, La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie, in *Psychologie française*, 51, 123-139.

Carton, S., Chabert, C., Corcos, M., 2011, Le silence des émotions, Paris, Dunod.

Chasseguet-Smirgel, J., 2003, Le corps comme miroir du monde, Paris, PUF.

- Ciccone, A., (dir), 2012, *La part bébé du soi, approche clinique*, Paris, Dunod.
- Ciccone, A., Lhopital, M., 1991, *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod, 2001.
- Claudon, P., Dall'Asta, A., Lighezzolo-Alnot, J., Scarpa, O., 2008, Étude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité: le corps propre comme partage émotionnel, in *La psychiatrie de l'enfant*, 51(1), 125-152.
- Coblence, F., Donnet, J.L., 2009, Le transfert latéral: argument, in *Revue française de psychanalyse*, 73(3), 645-647.
- Coppens, Y., 2011, *Nos ancêtres, l'éveil de l'homme au sacré*, Paris, Odile Jacob.
- Corcos, M., Speranza, M., 2003, *Psychopathologie de l'alexithymie*, Paris, Dunod.
- Debray, R., Dejours, C., Fédida, P., 2005, *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod.
- Dechaud-Ferbus, M., 2008, Je ne sens rien..., in *Santé mentale*, 129, 58-61.
- Dechaud-Ferbus, M., 2011.a, *La psychothérapie psychanalytique corporelle*, Paris, L'harmattan.
- Dechaud-Ferbus, M., 2011.b, *Cet autre divan*, Paris, PUF.
- Dejours, C., 1989, *Recherches psychanalytiques sur le corps*, Paris, Payot.
- Dejours, C., 2001, *Le corps, d'abord*, Paris, Payot.
- Delfour, J.J., 2011, *Télé, bagnole et autres prothèses du sujet moderne*, Toulouse, Erès.
- Delaporte, M., La Patelière (de), A., 2012, Le prénom, in *L'avant-scène théâtre*, 1287, Paris, L'avant-scène théâtre.
- Delourmel, C., 2009.a, Négatif et survie psychique, in *Revue française de psychosomatique*, 36(2), 163-180.
- Delourmel, C., 2009.b, Transfert latéral et somatisations, in *Revue française de psychanalyse*, 73(3), 713-730.
- Denis. A., 2006, Principe de mort, destruction de sens, contre sens, in *Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique, le dedans et le dehors* (dir Green), Paris, PUF, 501-530.
- Deutsch, H., 1934, Un type de pseudo-affectivité (« comme si »), in *Les « comme si » et autres textes (1933-1970)*, Paris, seuil, 53-72, 2007.
- Deutsch, H., 1965, Aspects cliniques et théoriques des personnalités « comme si », in *Les « comme si » et autres textes (1933-1970)*, Paris, seuil, 293-302, 2007.
- Di Rocco, V., 2009, Représenter l'irreprésentable. Un enjeu de la psychothérapie des

psychoses, in *L'information psychiatrique*, 85 (1), 69-75.

Donnet, J.L., Green, A., 1973, *L'enfant de ça*, Paris, Ed minuit.

Dumet, N., 2004, Le corps du thérapeute: lieu d'actualisation transféro-contre-transférentielle, in *Filigrane*, 13(2), 81-95.

Dumet, N., 2011, Corps et contre-transfert en psychanalyse: quelles idéologies à l'œuvre?, in *Cahiers de psychologie clinique*, 36(1), 167-189.

Duparc, F., 1988, Transfert latéral, transfert du négatif, in *Revue française de psychanalyse*, 52(4), 887-898.

Duparc, F., 1996, Hallucination négative, formes motrices et comportement auto-calmants, in *Monographie de la revue française de psychanalyse*, 91-115.

Duparc, F., 1998, L'opérateur: entre clivage et forclusion, in *Revue française de psychanalyse*, 62(5), 1527-1534.

Duparc, F., 2001, La manie blanche ou la dépense des pensées, in *Revue française de psychosomatique*, 20(2), 151-169.

Duparc, F., 2009, Des transferts: latéraux, centraux, négatifs ou limites (et des contre-transferts qui vont avec), in *Revue française de psychanalyse*, 73(3), 731-742.

Dupasquier, M.A., Péliissier, C., 2005, « Quand j'avais un an, elle m'a pris mon couffin » : une indication de psychothérapie psychanalytique corporelle, in *Revue française de psychanalyse*, 69(2), 451-458.

Durmanova, H., 2010.a, La sensorialité dans le lien: une matière première en quête de sens, in *Le divan familial*, 25(2), 49-65.

Durmanova, H., 2010.b, La sensorialité dans le transfert, in *Carnet psy*, 147(7), 33-39.

Estellon, V., (dir), 2014, *Actualité des états limites*, Toulouse, Eres.

Ey, H., 1975, *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Toulouse, Privat.

Fédida, P., 1978, *L'absence*, Paris, Gallimard.

Férenczi, S., 1932, *Journal clinique*, Paris, Payot, 1985.

Frère Artinian, C., 2013, La psychothérapie psychanalytique corporelle: une alternative à la cure type, in *L'information psychiatrique*, 89(9), 743-750.

Freud, A., 1949, *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 2009.

Freud, S., 1895, *Esquisse d'une psychologie*, Toulouse, Erès, 2011.

Freud, S., 1905, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987.

Freud, S., 1911, Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique, in *Œuvres complètes XI*, Paris, PUF, 11-21, 1998.

Freud, S., 1912, Sur la dynamique de transfert, in *Œuvres complètes XI*, Paris, PUF, 107-116, 1998.

Freud, S., 1913, Totem et tabou, Paris, Payot, 2001.

Freud, S., 1915, Pulsions et destin de pulsions, in *Œuvres complètes XIII*, Paris, PUF, 161-185, 1988.

Freud, S., 1919, L'inquiétante étrangeté, in *Œuvres complètes XV*, Paris, PUF, 151-188, 1996.

Freud, S., 1920, Au-delà du principe de plaisir, in *Œuvres complètes XV*, Paris, PUF, 273-338, 2003.

Freud, S., 1921, Psychologie des masses et analyse du moi, in *Œuvres complètes XVI*, Paris, PUF, 5-83, 1991.

Freud, S., 1923a, Le moi et le ça, in *Œuvres complètes XVI*, Paris, PUF, 257-301, 1991.

Freud, S., 1923b, Névrose et psychose, in *Œuvres complètes XVII*, Paris, PUF, 1-8, 1992.

Freud, S., 1924a, Le problème économique du masochisme, in *Œuvres complètes XVII*, Paris, PUF, 11-23, 1992.

Freud, S., 1924b, La perte de la réalité dans la névrose et la psychose, in *Œuvres complètes XVII*, Paris, PUF, 35-42, 1992.

Freud, S., 1925, La négation, in *Œuvres complètes XVII*, Paris, PUF, 167-171, 1992.

Freud, S., 1926, Inhibition symptôme angoisse, in *Œuvres complètes XVII*, Paris, PUF, 203-271, 1992.

Freud, S., 1931, Des types libidinaux, in *Œuvres complètes XIX*, Paris, PUF, 3-6, 1995.

Freud, S., 1937, Construction dans l'analyse, in *Œuvres complètes XX*, Paris, PUF, 57-73, 2010.

Freud, S., 1938, Le clivage du moi dans le processus de défense, in *Œuvres complètes XX*, Paris, PUF, 219-224, 2010.

Getin, C., Ferchaud, A.C., 2011, Les phénomènes de déliaison dans l'anorexie mentale: des déchirures aux tentatives de raccommodage, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 168, 22-36.

Golse, B., (dir), 1985, Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Paris, Masson, 2008.

Golse, B., 2012, Le bébé et les figurations corporelles présymboliques, in *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 2(1), 109-124.

Grandin, T., 1997, Penser en images et autres témoignages sur l'autisme, Paris, Odile Jacob.

Green, A., 1973, Le discours vivant, Paris, PUF.

Green, A., 1983, Narcissisme de vie narcissisme de mort, Paris, Ed Minuit.

Green, A., 1985, Réflexions libres sur la représentation de l'affect, in *Revue française de psychanalyse*, 49(3), 773-788.

Green, A., 1990, La folie privée, Paris, Gallimard.

Green, A., 1993, Le travail du négatif, Paris, Ed Minuit.

Green, A., 1995, Propédeutique. La métapsychologie revisitée, Seyssel, Champ Vallon.

Green, A., 2005, Jouer avec Winnicott, Paris, PUF

Green, A., (dir), 2006, Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique, le dedans et le dehors, Paris, PUF.

Grotstein, J.S., 1981, Splitting and projective identification, New York, Jason Aronson.

Guillaume, J.P., 2009, Être vivant, Paris, Anne Carrière.

Guillaumin, J., 1987, Entre blessure et cicatrice; le destin du négatif dans la psychanalyse, Seyssel, Champ vallon.

Gutton, P., 1991, Le pubertaire, Paris, PUF.

Haag, G., 1985, La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps, in *Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent*, 33, 107-114.

Haag, G., 1988, Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de vie, in *Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent*, 36, 1-8.

Haag, G., 1991, De la sensorialité aux ébauches de pensée dans le développement des enfants autistes, in *Revue internationale de psychopathologie*, 3, 51-63.

Haag, G., Haag, M., (dir), 2002, La méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille, Paris, auto-éditions.

Henry, M., 1963, Philosophie et phénoménologie du corps, Paris, PUF.

- Joly, F., 2013, Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques: le médiatif et le travail du médium malléable, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 173, 38-52.
- Jouanne, C., 2006, L'alexithymie: entre déficit adaptatif émotionnel et processus adaptatif, in *Psychotropes*, 12(3), 193-209.
- Kaës, R., 1994, *La parole et le lien*, Paris, Dunod, 2005
- Kaës, R., 2012, *Le malêtre*, Paris, Dunod.
- Kernberg, O., 1975a, *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1979.
- Kernberg, O., 1975b, *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, 1980.
- Kets de Vries, F.R., 1989, Alexithymia in organizational life: the organization man revisited, in *Human relations*, 42(12), 1079-1093.
- Kohut, H., 1971, *Le soi*, Paris, PUF, 1974.
- Lacan, J., 1948, L'agressivité en psychanalyse, in *Ecrits*, Paris, Seuil, 101-124, 1966.
- Lacan, J., 1964, Position de l'inconscient, in *Ecrits*, Paris, Seuil, 829-850, 1966.
- Lahaye, M., Luminet, O., Van Broeck, N., Bodart, E., Mikolajczak, M., 2010, Psychometric properties of the emotion awareness questionnaire for children in a french-speaking population, in *Journal of personality assessment*, 92(4), 317-326.
- Laplanche, J., 1987, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B., 1967, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- Lauras-Petit, A., 2012, Saisir les mots par le corps. Interprétation et infraverbal dans l'analyse d'enfant, in *Revue française de psychanalyse*, 76(2), 465-475.
- Lecourt, E., 2011, Le son et la musique, intrusion ou médiation?, in *Les médiations thérapeutiques* (dir Brun, A.), Toulouse, Erès, 117-133.
- Lepoutre, T., 2014, Sur l'ambiguïté du négativisme, in *L'évolution psychiatrique*, 79, 321-344.
- Lesage, B., 2012, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Toulouse, Erès.
- Liscano, C., 2006, *Le fourgon des fous*, Paris, 10-18.
- Loas, G., 2010, L'alexithymie, in *Annales médico-psychologiques*, 168, 712-715.
- Loas, G., Dugré-Lebigre, C., Fremaux, D., Verrier, A., Wallier, J., Berthoz, S., Corcos, M., 2010, Le questionnaire d'alexithymie pour enfants (QAE): traduction française et étude de validation dans une population de 80 enfants « tout venant », in *L'encéphale*, 36, 302-306.
- Mariage, A., Cuynet, P., Godard, B., 2008, Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions, in *Evolution psychiatrique*, 73, 377-397.

- Marty, P., 1968, La dépression essentielle, in *Revue française de psychanalyse*, 32(3), 595-598.
- Marty, P., 1976, Les mouvements individuels de vie et de mort, Paris, Payot.
- McDougall, J., 1982a, Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint, in *Psychotherapy and psychosomatics*, 38, 81-90.
- McDougall, J., 1982b, Théâtres du Je, Paris, Gallimard.
- Meltzer, D., Williams, M.H., 1988, L'appréhension de la beauté, Larmor-Plage, Ed Hublot, 2000.
- Merleau-Ponty, M., 1945, Phénoménologie de la perception, Paris, Gallimard.
- Milner, M., 1979, Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole, in *Revue française de psychanalyse*, 43 (5-6), 841-874.
- Missenard, A., (dir), 1989, Le négatif, figures et modalités, Paris, Bordas.
- Moyano, O., 2004, Les récits « à propos du corps » dans les pathologies limites de l'enfant; présentation d'un protocole clinique, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 515-522.
- Moyano, O., 2009, « Un test d'image du corps : l'entretien sur les représentations corporelles », communication au Colloque international de l'UTAIM et l'unité de Recherche Psychopathologie Clinique de l'Université de Tunis, Kélibia, Tunisie, les 30-31 Octobre 2009.
- Navarro, S.L., Pellet, J., Lang, F., 2008, Le concept d'objet primaire en psychanalyse. Après les origines, la source..., in *L'évolution psychiatrique*, 73, 203-224.
- Ouss-Ryngaert, L., 2011, L'agir comme processus?, in *Adolescence*, 29(3), 517-526.
- Pajet, V., Consoli, S.M., Carton, S., 2010, Traduction et validation française du questionnaire de répression de Weinberger, in *Annales médico-psychologiques*, 168(8), 593-601.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S., Schmitz, P., 1993, Factorial validity of the 20- item Toronto Alexithymia Scale, in *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Passone, S.M., Suarez-Labat, H., 2013, Après l'autisme, Paris, in press.
- Paumelle, H., 2001, Le rôle du corps en psychothérapie, Paris, Dunod.
- Pedinielli, J.L., 1992, Psychosomatique et alexithymie, Paris, PUF.
- Pfefferbaum, B., Mullins, D., Rhoades, H.M., et al, 1987, Rorschach assessment of borderline children, in *The journal of psychology*, 121(3), 219-228.

- Piaget, J., 1936, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1994.
- Pirard, R., 2003, La question des états-limites, in *La clinique lacanienne*, 6(1), 183-199.
- Pirlot, G., 1997, *Les passions du corps*, Paris, PUF.
- Pirlot, G., 2009, *Déserts intérieurs*, Toulouse, Erès.
- Pirlot, G., Corcos, M., 2012, Understanding alexithymia within a psychoanalytical framework, in *The international journal of psychoanalysis*, 93, 1403-1425.
- Pirlot, G., Cupa, D., 2012, *André Green, les grands concepts psychanalytiques*, Paris, PUF.
- Pourrinet, J., 2004, C'est avec son corps que le bébé pense, in *Résonnances* (dir Aïn, J.), Ramonville Saint Agne, Erès.
- Prat, R., 1989, Le dialogue des émotions, in *Revue française de psychanalyse*, 53(5), 1345-1372.
- Prat, R., 2007, La préhistoire de la vie psychique: son devenir et ses traces dans l'opéra de la rencontre et le processus thérapeutique, in *Revue française de psychanalyse*, 71(1), 97-114.
- Prat, R., Israël, P., 2011, Aux limites de l'être: point de vue développemental et métapsychologique, perspectives thérapeutiques, in *Revue française de psychanalyse*, 75(2), 483-500.
- Puyuelo, R., 2010, Les empêchés de latence, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 15-21.
- Pireyre, E., 2011, *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.
- Racamier, P.C., 1992, *Le génie des origines*, Paris, Payot.
- Rassial, J.J., 1999, *Le sujet en état limite*, Paris, Denoël.
- Reid, W., 2005, Non seulement le face à face mais encore le divan ou le traumatique et le destin de l'hallucinatoire, in *Revue française de psychanalyse*, 69(2), 383-395.
- Resnik, S., 1973, *Personne et psychose*, Paris, Payot.
- Richard, F., 2014, Les pathologies en extériorité: le sexuel en état limite, in *actualité des états limites* (Dir Estellon, V), Toulouse, Eres, 29-45.
- Richelle, J., 2009, *Manuel du test du Rorschach*, Bruxelles, De Boeck
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Meerum Terwogt, M., 2006, An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results, in *Personality and individual*

differences, 40, 123-133.

Rizzolatti, G., Fogassi, G., Gallese, V., 2007, Les neurones miroirs, in *Pour la science*, 351(1), 44-49.

Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., 2008, Les neurones miroirs, Paris, Odile Jacob.

Rodriguez, R., 2012, Emergences scéniques des expériences traumatiques archaïques en séance, in *Revue française de psychanalyse*, 76(2), 399-415.

Roman, P., Dumet, N., 2009, Des corps en acte, désymbolisation/symbolisation à l'adolescence, in *Cliniques méditerranéennes*, 79, 207-227.

Roussillon, R., 1997, La fonction symbolisante de l'objet, in *Revue française de psychanalyse*, 61(2), 399-413.

Roussillon, R., 1999, Agonie, clivage et symbolisation, Paris, PUF, 2008.

Roussillon, R., 2005, La conversation psychanalytique, un divan en latence, in *Revue française de psychanalyse*, 69(2), 365-382.

Roussillon, R., 2007.a, Le Moi peau et la réflexivité, in *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (dir Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R., Roussillon, R.), Toulouse, Erès, 89-102.

Roussillon, R.,(dir), 2007.b, Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Issy-les-Moulineaux, Masson.

Roussillon, R., 2012.a, Deux paradigmes pour les situations-limites: processus mélancolique et processus autistique, in *Le carnet psy*, 161(3), 37-41.

Roussillon, R., 2012.b, Manuel de pratique clinique, Issy-les-Moulineaux, Masson.

Roux, M.L., 2005, Un corps propre, in *Revue française de psychosomatique*, 27(1), 41-48.

Roux, J.M., 2011, Le corps, de Platon à Jean-Luc Nancy, Paris, Eyrolles.

Royer, J., 1978, Le test des contes, Issy-les-Moulineaux, Ed d'applications psychotechniques.

Saïet, M., 2009, L'ossature du rêve. Remarques sur le fonctionnement hallucinatoire, in *Revue française de psychanalyse*, 73(4), 1155-1167.

Sami-Ali, M., 2012, Introduction à une théorie psychosomatique de la psychomotricité, in *La psychomotricité relationnelle*, (dir Gatecel, A.), Paris, EDK.

Schmid-Kitsikis, E., 2005, Corps et psyché: théorisation, in *Adolescence*, 23(2), 381-401.

Searles, H., 1981, Le contre-transfert, Paris, Gallimard.

- Searles, H., 1986, *Mon expérience des états limites*, Paris, Gallimard, 1994.
- Sifneos, P.E., 1973, The prevalence of alexitymic characteristics in psychosomatic patients, in *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255-262.
- Smadja, C., 1996, Destins de la sensorialité et des affects dans la construction du temps vécu, in *Revue française de psychanalyse*, 60(4), 1073-1081.
- Smadja, C., 2001, *La vie opératoire*, Paris, PUF.
- Stern, A., 2011, Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager?, in *Revue française de psychanalyse*, 75(2), 331-348.
- Stern, D., 1989, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.
- Szwec, G., 1998, *Les galériens volontaires, essais sur les procédés auto-calmants*, Paris, PUF.
- Tichey (de), C., 2010, *Test des contes et clinique infantile*, Paris, in press.
- Treillet, L., Rouyère, N., Mechler, I., 2008, Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte, in *Entretiens de psychomotricité; Le sujet adulte en psychomotricité 1* (dir Corraze, J., Albaret, J M.) Paris, expansion scientifique française, 3-18.
- Tustin, F., 1990, *Autisme et protection*, Paris, Seuil, 1992.
- Varela, F., 1989, *Autonomie et connaissance*, Paris, Seuil.
- Varela, F., Thompson, E., Rosch, E., 1993, *L'inscription corporelle de l'esprit*, Paris, Seuil.
- Vasseur, R., Delion, P., 2011, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, Erès.
- Vincent, J.D, 1996, *La chair et le diable*, Paris, Odile Jacob.
- Warnecke, T., 2008, The borderline experience-a somatic perspective, in *British journal of psychotherapy integration*, 4(1), 13-25.
- Weinberger, D.A., Daniel, A., Schwartz, G.E., Davidson, R.J., 1979, Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress, in *Journal of abnormal psychology*, 88(4), 369-380.
- Weinberger, D.A., Davidson, M.N, 1994, Styles of inhibiting emotional expression: distinguishing repressive coping from impression management, in *Journal of personality*, 62(4), 587-613.
- Williams, D., 1999, *Si on me touche, je n'existe plus*, Paris, J'ai lu.
- Winnicott, D.W., 1958, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

Winnicott, D.W., 1960, Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self », in *processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement*, Paris, Payot, 1983.

Winnicott, D.W., 1969, La crainte de l'effondrement, in *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 35-44, 1975.

Winnicott, D.W., 1971, Jeu et réalité, Paris, Gallimard, 1975.

Zimmermann, G., Quartier, V., Bernard, M., Salamin, V., Maggiori, C., 2007, Qualités psychométriques de la version française de la TAS-20 et prévalence de l'alexithymie chez 264 adolescents tout venant, in *L'encéphale*, 33, 941-946.

Zorn, F., 1977, Mars, Paris, Gallimard, 1982.

Zweig, S., 1943, Le joueur d'échecs, Paris, Livre de poche, 1991.

11- ANNEXES

11.1 TABLEAU DE RECUEIL DES REPONSES AU WRQ

Le questionnaire de répression comprend 3 questions dont les réponses sont « évidentes », qui servent de contrôle de validité au test. Les sujets qui n'ont pas répondu comme attendu à ces 3 questions sont indiqués par une partie grisée sur les résultats du test, indiquant « invalide » en fin de ligne. Aucun des sujets de notre protocole ne valide un score de répression tel que recherché par ce questionnaire. Dans le tableau qui suit il faut lire respectivement : Anx=sous échelle anxiété ; Dep=sous échelle dépression ; F-estime= sous échelle faible estime de soi ; Mal-ê= sous échelle mal être ; Rep-ag= sous échelle répression de l'agressivité ; Cont-imp= sous échelle contrôle de l'impulsivité ; Con-aut= sous échelle considération pour autrui ; Sens-rep= sous échelle sens des responsabilités ; Def-rep= sous échelles défenses répressives ; Dén-ang= sous échelle dénégaration de l'angoisse.

Tableau 2 : Résultats chiffrés aux questionnaires de répression de Weinberger. Les lignes grisées dites « invalides » correspondent à des réponses à 3 items qui servent précisément de validation par leurs réponses attendues. Presque la moitié (8 sur 18) des protocoles est ainsi invalide. Aucun sujet n'atteint un score de répression tel que recherché par ce test.

QUESTIONNAIRE DE REPRESSION DE WEINBERGER														
	EXPERIENCE DETRESSE					MAITRISE DE SOI					LUTTE DEFENSIVE			score rep
Patients	Anx	Dep	F-estime	Mal-ê	SCORE	Rep-ag	Cont-imp	Con-aut	Sens-re	SCORE	Def-rep	Dén-ang	SCORE	
1-Déimos	18	17	20	15	70	12	20	18	24	74	30	38	68	non
2	16	15	17	11	59	29	20	34	28	111	27	42	69	non
3	18	7	28	15	68	31	31	12	35	109	47	47	94	non
4	20	10	23	11	64	14	22	28	27	91	36	32	68	non
5	29	17	22	21	89	21	24	23	32	100	25	30	55	non
6	30	28	17	17	92	8	11	11	20	50	23	31	54	non
7	25	20	23	21	89	22	24	19	24	89	26	29	55	non
8-Edson	14	1	19	20	54	25	24	20	26	95	31	49	80	non
9	13	11	19	11	54	34	32	13	31	110	47	43	90	non
10-Hector	20	11	15	10	56	29	23	23	25	100	30	40	70	non
11	27	25	18	13	83	20	18	25	23	86	28	30	58	non
12	28	23	23	11	85	15	12	31	20	78	23	20	43	non
13-Kali	35	19	33	20	107	11	18	20	16	65	22	25	47	non
14	18	13	17	10	58	18	17	22	27	84	34	39	73	non
15	26	16	15	14	71	23	32	32	37	124	31	40	71	non
16	12	13	19	13	57	15	24	27	36	102	30	46	76	non
17	19	13	16	14	62	26	37	28	38	129	32	39	71	non

11.2 TABLEAU DE RECUEIL DES REPONSES AU QAE.

Tableau 3 : Recueil des réponses aux questionnaires d'alexithymie

Les sujets dont les réponses au questionnaire d'alexithymie évoquent un haut score (au moins 2 écarts types : score supérieur à 28) voient leur résultat apparaître en gris.

PATIENTS	DIFFICULTÉ À IDENTIFIER LES ÉMOTIONS	DIFFICULTÉ À DÉCRIRE LES ÉMOTIONS	PENSÉES TOURNÉES VERS L'EXTÉRIEUR	TOTAL
1-Déimos	5	4	12	21
2	5	7	8	20
3	6	6	10	22
4	10	5	9	24
5	8	6	9	23
6	6	8	9	23
7	12	9	10	31
8-Edson	7	8	5	20
9	6	1	11	18
10-Hector	5	4	10	19
11	8	7	5	20
12	11	10	8	29
13-Kali	11	8	14	33
14	2	4	14	20
15	9	4	6	19
16	0	4	8	12
17	1	4	10	15
18	8	5	8	21

11.3 TABLEAU DE RECUEIL DES REPONSES AUX POINTS D'APPUI AU SOL.

La consigne était la suivante : « je vous demande de m'indiquer avec le plus de précision possible les points d'appui de votre corps ». Les appuis « cités » sont ceux cités par le sujet en position couchée sur le dos, les appuis « montrés » sont ceux montrés dans u second temps sur un pantin témoin en bois. Les points d'appui nommés ou montrés qui ne peuvent l'être ne sont pas comptabilisés (par exemple « *le cou* »).

Tableau 4 : réponses aux points d'appui

	points appui	
Patients	cités	montrés
1-Déimos	8	7
2	6	6
3	5	6
4	7	7
5	5	5
6	6	5
7	7	7
8-Edson	8	8
9	3	3
10-Hector	6	7
11	7	5
12	5	4
13-Kali	5	6
14	6	3
15	4	4
16	6	6
17	4	4
18	7	4

Quand les chiffres des deux colonnes correspondent les points cités et montrés sont identiques (sujets 2, 4, 5, 7, 8, 9, 15, 16, 17). Pour les sujets dont les points montrés sont inférieurs de un à ceux cités, il s'agit d'un point manquant alors que par ailleurs les points correspondent (sujet 1, 6, 12, et même 2 points pour les sujets 11 et 14). Un point d'appui supplémentaire est nommé par rapport à ceux cités : la tête pour le sujet 13 (Kali), les poignets pour le sujet 3, le dos pour le sujet 10 (Hector). Enfin, le sujet 18 cite 7 points : bras, mains, tête, talons, mollets, dos, colonne vertébrale, n'en montre sur modèle que 4 (il omet talons, mains, dos) et ajoute « *le tea shirt* » et « *les hanches* ». Le sujet 11 ajoute au moment de montrer « *les genoux à l'arrière* ». Les sujets 6 et 7 nomment « *le cou* ». Pendant ce test le sujet 17 bouge énormément en position couchée comme pour augmenter l'intensité sensorielle ; pour ne citer que 4 points.

Nous notons ci-dessous dans l'ordre énoncé les réponses verbatim des sujets ; les parties en italiques sont considérées comme réponses erronées :

Sujet 1 : points nommés : talons, tête, le dos en bas, les mains, les coudes mollets, le haut du dos, le bassin ; points montrés : talons, tête, le dos en bas, les mains, les coudes mollets, le haut du dos.

Sujet 2 : points nommés : mains, épaules, dos, bras, mollets, fesses ; points montrés : mains, dos, bras, mollets, fesses, coudes.

Sujet 3 : points nommés : talons, jambes, dos, bras, fesses ; points montrés : talons, jambes, dos, bras, fesses, poignets.

Sujet 4 : points nommés : talons, tête, dos, fesses, bras, mains, jambes, *cou* ; points montrés : talons, tête, dos, fesses, bras, mains, jambes.

Sujet 5 : points nommés : mains, bras, tête, mollets, pieds ; points montrés : mains, bras, tête, mollets, pieds.

Sujet 6 : points nommés : dos, doigts, mains, pieds, jambes, tête ; points montrés : dos, mains, pieds, jambes, tête

Sujet 7 : points nommés : coudes, pieds, jambes, doigts, dos, épaules, bras ; points montrés : coudes, pieds, jambes, doigts, dos, épaules, bras.

Sujet 8 : points nommés : tête, dos, bras, coudes, mains, cuisses, jambes, pieds points montrés : tête, dos, bras, coudes, mains, cuisses, jambes, pieds.

Sujet 9 : points nommés : talons, fesses, épaules ; points montrés : talons, fesses, épaules.

Sujet 10 : points nommés : tête, bras, mains, dos, mollets, talons ; points montrés : tête, bras, mains, dos, mollets, talons, fesses.

Sujet 11 : points nommés : crâne, coudes, mains, omoplates, fesses, talons, doigts, *genoux* ; points montrés : crâne, coudes, mains, omoplates, talons.

Sujet 12 : points nommés : pieds, dos, jambes, tête, mains ; points montrés : pieds, dos, tête, mains.

Sujet 13 : points nommés : coudes, dos, mollets, épaules, mains ; points montrés : coudes, dos, mollets, épaules, mains, tête.

Sujet 14 : points nommés : tête, talons, mollets, fesses, dos, bras ; points montrés : tête, talons, dos, bras.

Sujet 15 : points nommés : coudes, talons, dos, tête ; points montrés : coudes, talons, dos, tête.

Sujet 16 : points nommés : fesses, pieds, jambes, tête, bras, dos ; points montrés : fesses, pieds, jambes, tête, bras, dos.

Sujet 17 : points nommés : tête, talons, dos, bras ; points montrés : tête, talons, dos, bras

Sujet 18 : points nommés : bras, mains, colonne vertébrale, jambes, talons, tête, bas du dos, *tea-shirt*, *hanches* ; points montrés : bras, colonne vertébrale, jambes, tête.

11.4 RECUEIL DES REPONSES A L'EVALUATION DES REPRESENTATIONS CORPORELLES

Sujet par sujet nous retranscrivons le verbatim et les relances respectivement au questionnaire corporel, aux contes de la fourmi puis de l'ourson pas pareil, puis les verbalisations le cas échéant lors du dessin du bonhomme qui figure enfin.

Les questions du protocole sont entre guillemets, les réponses des sujets sont en italiques tandis que les relances sont en caractères droit. Les sujets sont signifiés par un numéro stable pour l'ensemble des annexes, ajouté du prénom ad hoc pour les études de cas. Le sexe de l'enfant et son âge en années et mois figurent après le titre de chaque recueil individuel.

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES De Déimos ;
sujet 1, 12 ans 3 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Il y en a beaucoup. (silence) Oui. Il y a les poumons, le cœur, les intestins, le foie, le pancréas, le cerveau, les os les veines, les muscles, les bactéries. Que font les bactéries ? Elles sont utiles.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La peau, les ongles, les yeux, les oreilles, le nez, la bouche les cheveux, les bras, les jambes, la tête.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les muscles, les os. Si on parle de muscle on parle de tout. Je vais arrêter là.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Bien trop de choses qu'on puisse citer. Par exemple. Bouger.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Les organes, les os. L'intérieur est fragile. Comment cela se fait ? C'est plus sensible. Sensible ? Oui, par exemple si on touche le ventre ça fait mal, mais si il est ouvert ça fait plus mal.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

Les os parfois, c'est fragile et solide. Les dents (il touche ses dents). Elles doivent mâcher. Les muscles tendus deviennent solides et durs.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Je n'en ai pas de préféré.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

J'aime pas trop l'estomac, on a plus faim, parfois y'a pas assez ou ça fait mal. Les dents poussent et ça fait mal, quand on vieillit il faut renforcer dans du fer. Du fer ? Oui, l'appareil.

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?)

Dans une partie du cerveau. Quelle partie ? La méninge.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

Ah !

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Dans l'oreille.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Elle sera très effrayée. Et puis. C'est très noir, elle se tapera partout, elle se cognera à des choses gluantes. Elle aura qu'une envie c'est de ressortir.

- Tu as raison la fourmi entre mais par où... Alors à la fin elle ressort par où?

Elle entre par la bouche et ressort par la bouche.

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? Qu'est ce qui était beau? Et pas beau?...

C'était plutôt étrange et difficile à comprendre.

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? Où?

Plutôt mal, ça l'angoissait. Mal où ? Partout, quand la fourmi est sortie elle se sentait un peu mieux, soulagée.

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

(Long silence). Elle raconte tout aux autres fourmis. Dans quel but ? Elle leur explique

qu'elle a eu très peur et que l'humain reste un mystère.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

Une patte plus grosse que les autres. C'est génétique.

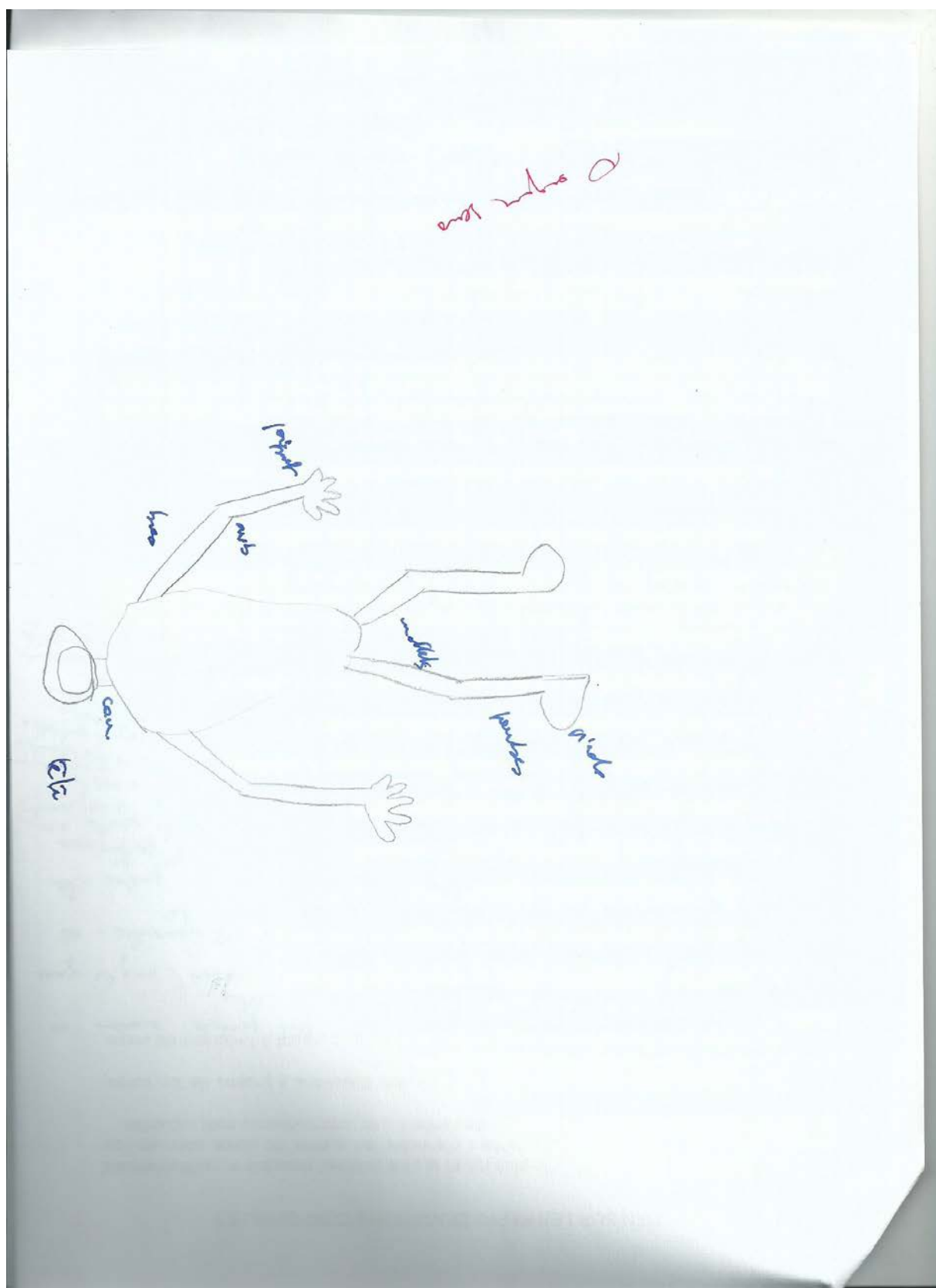
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle avait un peu honte. L'aimait-elle? Oui. Et le papa ours? Il était pas content, il avait trop honte, plus que la mère. Et les autres oursons, frères et sœurs? Ils se moquaient un peu de lui. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Lui il aime pas trop les moqueries des frères, il trouve pas ça bien la différence.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il décida de partir, de quitter sa famille. Et il se sentait comment alors ? Un peu mieux.

- Comment se termine cette histoire?

Il grandit, il se rend compte que sa patte servait à quelque chose, il pouvait déménager très vite des gens.



Dessin Déimos, sujet 1

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Sujet 2 (garçon), 13 ans.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les organes quoi. Le cœur, les poumons, le foie, l'intestin grêle. Je viens de finir le cours de SVT. L'appendice.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Le visage, les bras, les jambes, le dos.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les articulations, le genou, j'ai mal au genou je grandis trop vite. Le coude, l'aine, l'épaule, les poignets, les chevilles, le cou, les doigts, les orteils.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Bouger

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Ça dépend des gens. J'ai saigné une fois, d'autres beaucoup. Mais quelle serait la fragilité? La fragilité c'est dans les bras, j'ai mal aux bras.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Les os. Pourquoi? C'est comme ça, c'est plus solide que le béton.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les poignets, je joue tout le temps avec, ça m'éclate.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Le nez, j'aimerais le rendre moins large.

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cerveau.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Le bras.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Sur le ventre et sur la tête. Elle voit les habits du ventre et la peau sur la tête. Et puis. C'est tout.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le trou de la manche.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Elle remonte, elle passe par la bouche, elle peut pas se déplacer elle est bloquée. C'est tout noir.* Alors à la fin elle ressort par où? *Elle ressort par là où il y a les déjections.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Ca sentait mauvais.* Qu'est ce qui était beau? *Je sais pas.* Et pas beau? *Je sais pas.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Rien, il dormait.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

La fourmi retourne à la fourmilière, elle raconte comment c'était. Alors comment s'était? Ça sentait mauvais.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »?

Il était pas de la même couleur. Il était blanc au lieu de noir. Pourquoi n'était-il pas pareil? Il était blanc comme le père. C'était le seul qui a la couleur du père.

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle sait pourquoi il est pas pareil, elle est pas raciste elle l'accepte. L'aimait-elle? Elle l'aime. Et le papa ours? Le papa ours il est parti. Il s'accouple et il part, il ignore l'existence de son ourson. Et les autres oursons, frères et sœurs? Ils se moquent de lui. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Il se sent à part, il les ignore, c'est ce que je ferai.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il grandit, il réussit à se faire accepter par les frères.

- Comment se termine cette histoire?

Il a une vie normale, comme les autres. Je dirai que c'est une femelle, le blanc va mieux aux filles. Comment mieux? Ça leur va mieux, c'est esthétique.



le é méchant

pour
bras
pente

Dessin sujet 2

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Sujet 3 (fille), 10 ans 5 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

(si l'on temps que l'examineur répète la question, à nouveau long temps avant de répondre comme pour toutes les réponses suivantes). *Dedans? Je m'en rappelle plus.*

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

(Elle semble chercher du regard autour d'elle). *J'en ai trouvé 6; la tête, les bras, les mains, les poignets, les jambes, les chevilles, les pieds, le cou.*

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

La mâchoire, le doigt, le poignet, le coude, le genou, les chevilles, le cou.

d- On peut faire quoi avec son corps?

On peut bouger, courir.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

(À l'inverse des précédentes, les réponses viennent très rapidement). *La tête on peut se couper. Tu 'es déjà blessée? Oui au cross j'ai fait une chute.*

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

(À nouveau long temps avant réponse, recherche visuelle autour d'elle, Elle rougit un peu. *Non*

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

(Recherche visuelle et vers l'examineur). *Les chevilles.* Pourquoi les chevilles? *Je sais pas.*

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

(Pas de réponse).

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cerveau

Conte de la fourmi

« Une fille s'était un jour endormie dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps de la petite fille »:

Tout le temps des histoires à compléter, l'enfant se manipule fortement un bout d'ongle coupé. Les réponses viennent après un long temps de silence.

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Par les mains.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Je sais pas.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Je sais pas.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Je sais pas.* Et puis... Alors à la fin elle ressort par où? *Par la bouche*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Je sais pas.* Qu'est ce qui était beau? *Je sais pas.* Et pas beau? *Je sais pas.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Je sais pas, un petit peu des deux.* Plaisir où? *Dans la gorge ça chatouille.* Mal où? *Dans le ventre.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Je sais pas

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? *Il était blanc et les autres marrons.* Pourquoi n'était-il pas pareil? *Je sais pas.*

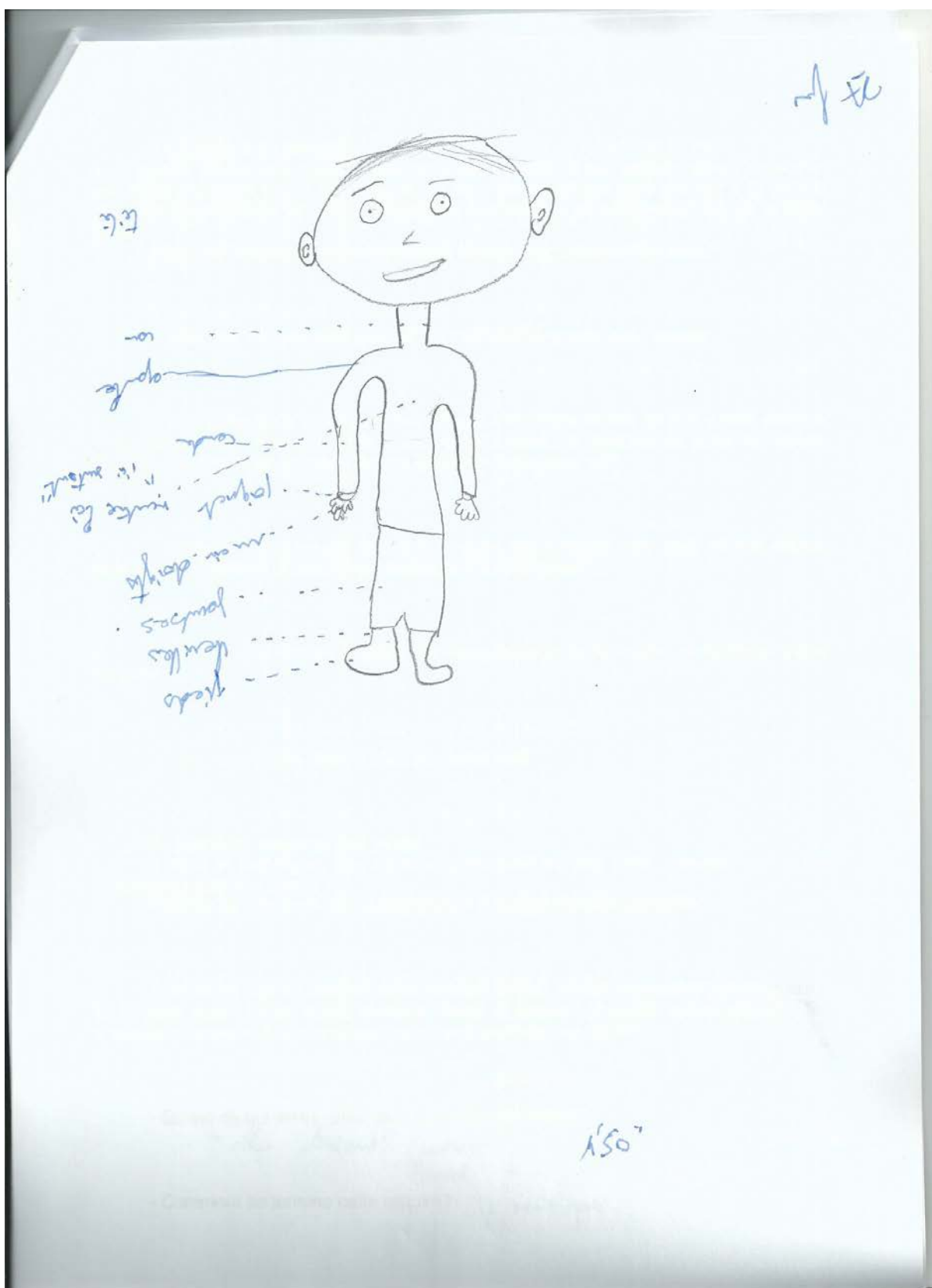
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Je sais pas.* L'aimait-elle? *Oui.* Et le papa ours? *Je sais pas.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Je sais pas.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Un petit peu mal.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il devient marron

- Comment se termine cette histoire?

Je sais pas.



Dessin sujet 3

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Sujet 4 (garçon), 12 ans 6 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les os, les veines, on les voit un peu (il les regarde), les boyaux, je sais pas après.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La peau, les ongles, je sais pas, non je sais pas.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les doigts, les jambes, les bras, les yeux, la tête; la bouche, les genoux, le poignet un peu.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Manger, regarder, courir, écrire, puis voilà.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Les os. Pourquoi? Ça peut se casser. Tu t'es déjà blessé? Non.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Les veines. Pourquoi? Je sais pas, ça tient plus que les os.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

La tête. Oui pourquoi? Je sais pas

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Les oreilles, heu je sais pas. Oui les oreilles. Si on les coupe on peut plus rien entendre.

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

Je sais pas, dans notre corps. Le corps de qui? De nous. Où exactement? Là (il montre le crâne).

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Le cou

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

La tête, elle se sent pas bien à cause des cheveux. Et puis. Les jambes, mais elle voit rien.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *L'oreille.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Je sais pas, heu non je sais pas.* Alors à la fin elle ressort par où? *Par le nez.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Assez belles, c'était bien de se promener.* Qu'est ce qui était beau? *Dedans je sais pas.* Et pas beau? *Je sais pas, je sais pas du tout.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Pas du bien, des guillis. Où? Aux pieds et tout. C'est à dire. Sur tout le corps.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Pas bien. Le garçon il tue en la tapant. Pour quelle raison? Parce qu'elle lui cassait les pieds.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

Il était blanc. Et les autres? Les autres étaient comme la maman. C'était pas le même père. J'invente hein.

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Que c'était pas le sien. L'aimait-elle? Oui* Et le papa ours? *Je sais pas.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Qu'il est gentil.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Bien, ça lui fait rien.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

La mère lui dit de partir de la famille. Que fait-il? Il part.

- Comment se termine cette histoire?

Pas bien, il était triste, il voulait pas quitter ses frères. Mais il est parti quand même. Parce ce que c'est la mère qui l'a dit.



Dessin sujet 4: « en plus je sais pas dessiner »

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Sujet 5 (fille), 11 ans 8 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Le cœur, les poumons, l'estomac, les reins, c'est pas une partie du corps? Les os, après je sais pas. La colonne vertébrale, après je sais pas.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Les pieds, les jambes, les mains, les bras, les coudes, les épaules, la tête, les yeux, le nez, la bouche, les oreilles, les cheveux, c'est une partie du corps?

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les bras et les jambes. Le corps entier peut se plier pour se baisser je viens d'y penser.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Je sais pas

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Les os. Pourquoi? Ils peuvent se casser.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Le cœur et les poumons. Pourquoi? Je sais pas trop, des fois c'est pas solide.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Rires. Je sais pas, tout mais ça dépend des jours. Quels types de jours? Je sais pas.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Rires. Je sais pas.

i- Où est la pensée à ton avis?

Au cerveau

Conte de la fourmi

« Une fille s'était un jour endormie dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps de la petite fille »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Par le pied ou par la main. La main!

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Les bras, les épaules, la tête, les cheveux, les yeux, le nez, la bouche, elle descend (rires), les jambes, les pieds.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Les oreilles.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Oh, les oreilles sont sales, elle voit du jaune oulala. Elle va voir les dents voir si elles sont propres ou sales.* Comment sont-elles? *Propres.* Alors à la fin elle ressort par où? *L'autre oreille.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Des fois belles et pas belles.* Qu'est ce qui était beau? Et pas beau? *Les dents belles, les oreilles moches, (fort rire)*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Elle sait pas elle dormait, elle rêvait de fourmi.* Oui quel rêve? *Je sais pas.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle rentre chez elle, elle appelle les autres fourmis pour leur raconter et elle veut les emmener voir. Ce sera une fête.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? *Je sais pas.* (silence) *Je sais pas.* Pourquoi n'était-il pas pareil? *Parce que sa mère était malade.*

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle se disait que les autres ne vont pas jouer avec lui.* L'aimait-elle? *Oui.* Et le papa ours? *Le père est avec lui, ils se ressemblent.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Je sais pas.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Un peu triste.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il grandit, il devient pareil que ses frères et sœurs quand ils étaient jeunes.

- Comment se termine cette histoire?

Il se marie avec une ourse et ils ont des enfants.



Dessin sujet 5: Je suis pas la spécialiste des dessins. Elle dessine. Oulala la grosse tête, elle a un peu la jupe mal faite, mais c'est pas grave. Elle est de travers, les mains. Elle tient à colorier, insiste sur les contours pour un dessin qui prend presque 9 minutes. Ça fait pas moche.

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Sujet 6 (garçon), 9 ans 4 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

L'estomac, le cœur, les organes, les os, les veines, le sang.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

(Il se regarde). *Les jambes, les genoux, les orteils, les pieds, les mains, les doigts, les cheveux, la tête, sur la tête, les yeux, la bouche, les oreilles, le nez.*

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

(Il se lève, bouge les bras, jambes et le cou dans des mouvements très désarticulés). *Tout ce que j'ai fait bouger et plier.*

d- On peut faire quoi avec son corps?

Bouger, courir, jouer, lancer, sauter, se plier.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Le nez. Pourquoi? Quand je prends un coup ça fait mal, il est sensible le nez.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Les dents. Pourquoi?. C'est solide pour mâcher, ça tombe pas facilement.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les mains. Pourquoi les mains? Je peux jouer à la DS, au jeu de Pokémon.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Le pancréas. Pourquoi le pancréas? Avec un autre pancréas j'aurais pas le diabète. Je m'en fiche de prendre des médicaments. Comment cela? Si on me change le pancréas il faut prendre des médicaments. Une greffe? Oui c'est ça.

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

(Il montre son crâne) *Dans ma tête. Et ma pensée à moi où est-elle? Dans ta tête.*

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Elle pourrait venir par les mains c'est plus facile, aux pieds elle pourrait se faire écraser.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Sur le tee shirt, voir quelques dessins. Elle se dit que c'est beau ça. Et voir le short c'est quoi. Elle va se promener dans la bouche, les cheveux, voir les poux en train de boire le sang, elle veut essayer.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le nez.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Elle peut voir les poils du nez, oulala c'est moche, par les oreilles c'est un peu mieux rangé, oulala ça pue.* Alors à la fin elle ressort par où? *Par le dernier endroit où elle est allée, la bouche.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Les deux. Le nez c'est moche. La bouche c'est amusant et les oreilles mieux rangées ça pue.* Et qu'est-ce qui était beau? *Les doigts et la peau et les cheveux.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal?

Ça faisait rigoler, ça faisait des chatouilles au nez et mal dans la bouche car la fourmi a accroché le gésier, mais il sentait pas il dormait. Il avait mal quand les poux piquaient.

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

La fourmi continue son voyage, elle s'enfuit. Elle se trouve face à une araignée et elle se dit, j'en ai marre de ce voyage trop dangereux je rentre chez moi.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

Peut-être la couleur de la peau était différente, les deux autres étaient bruns et lui noir comme son papa. Mon papa dit que j'ai le même menton que lui, et aussi les yeux bleus. Les autres ont les yeux vert et rouge.

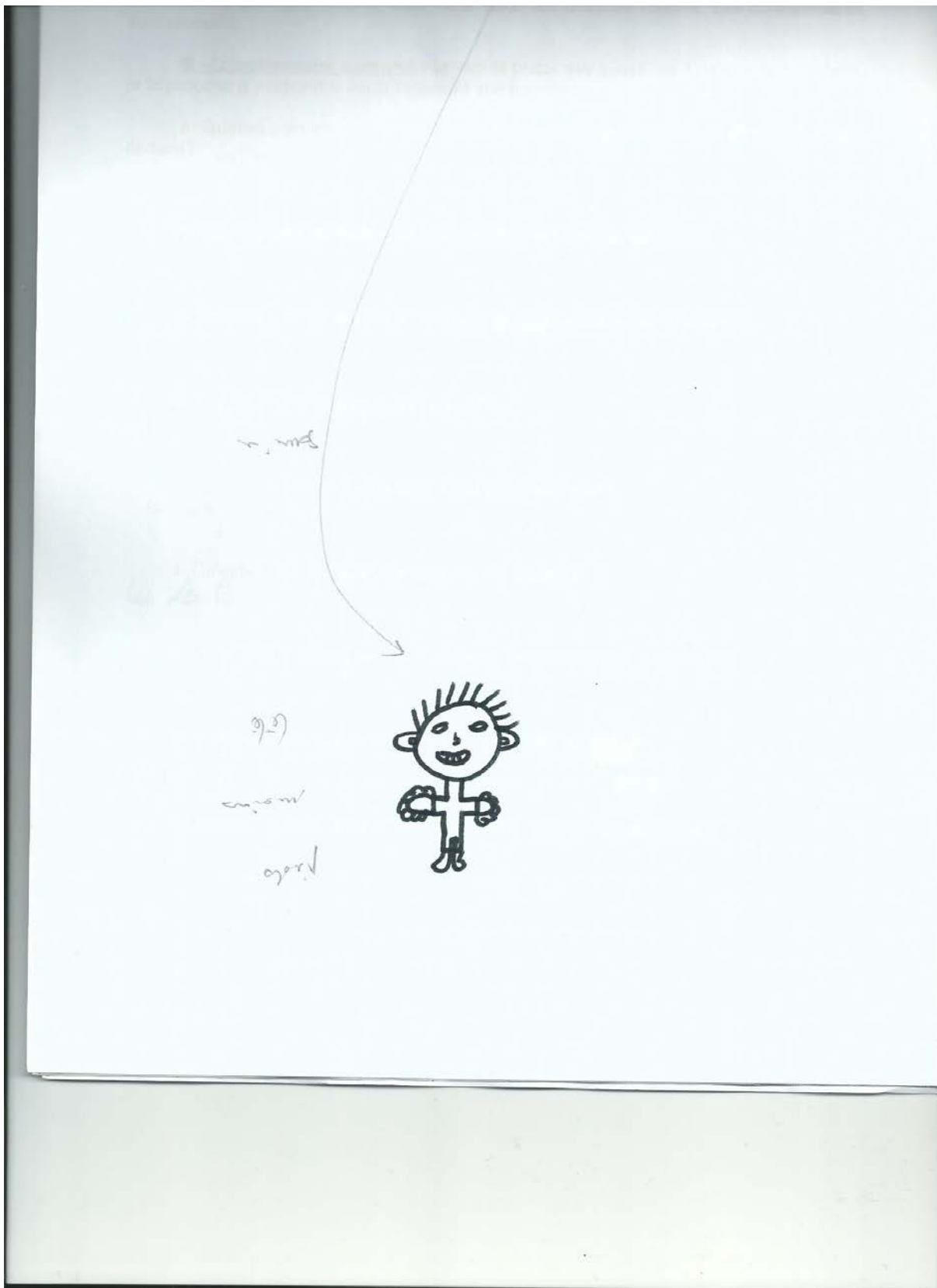
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle les trouve tous les trois jolis, elle préfère le noir qui faisait pas de bêtises, les autres faisaient beaucoup de bêtises. Et le papa ours? Ça lui fait plaisir un enfant qui lui ressemble, il est fier. Et les autres oursons, frères et sœurs? Ils sont tristes, ils voudraient que le frère fasse des bêtises comme eux. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Il était content puisque sa maman l'aime bien.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il se promène, c'est un peu triste, il y a un chasseur qui lui tire dessus, et l'ourson pas pareil il le tue.

- Comment se termine cette histoire?

Sa famille est triste, mais dit que c'est pas grave il sera toujours dans notre cœur. La maman elle fait d'autres enfants.



Dessin sujet 6

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE

Sujet 7 (garçon), 15 ans, 5 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les vaisseaux sanguins, le cœur, les poumons, le pancréas, l'intestin grêle, et le gros, l'œsophage, la trachée, la langue, les dents, le cerveau, les os et puis c'est tout.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Les pieds, les bras, les jambes, les genoux, les coudes, les orteils, les doigts, les épaules, le dos si on est flexible. Tu l'es? Pas en entier, il y a aussi le torse, le ventre, les talons, le dessous du pied, les mains.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les genoux, les coudes, la tête, je crois que c'est tout. Et les pieds et les mains.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Jouer au foot, à la play, travailler. Quel travail? Faire des pizzas, parler des affaires, je crois que c'est tout.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? *La cheville et le poignet. Pourquoi? Ça se casse facilement. Tu as eu des blessures comme ça? A la cheville oui, c'était une blessure, c'était cette année.*

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Le reste un peu

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les mains heuuu... Oui. Pour jouer aux jeux vidéo et, aussi les pieds. Les pieds. Pour jouer au foot.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Je sais pas j'ai jamais réfléchi.

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

Au niveau du cerveau.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Les mains ou les bras.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Les bras, jusqu'au visage, elle redescend pour visiter un peu le corps. Jusqu'à? Jusqu'aux pieds. Et puis. C'est tout

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le nez.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Je sais pas.* Elle peut apercevoir quelque chose dans son trajet. *Elle va jusqu'au cerveau et elle redescend à la bouche. Alors à la fin elle ressort par où? Elle ressort par l'oreille.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Un peu des deux.* Qu'est ce qui était beau? *Le cœur elle a trouvé ça beau.* Et pas beau? *Le cerveau.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Un peu des deux.* Où? *A la tête mal, et des chatouilles aux jambes et aux pieds.* Des chatouilles agréables? *Pas forcément.* Comment se sent-il? *Ça va.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle s'en va manger.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? *Sûrement la couleur.* Comment cela. *Il était rouge.* Lui rouge et les autres? *Les autres bruns.* Pourquoi n'était-il pas pareil? *Il a fait tomber un pot de peinture rouge.* Quand cela? *Dès la naissance.*

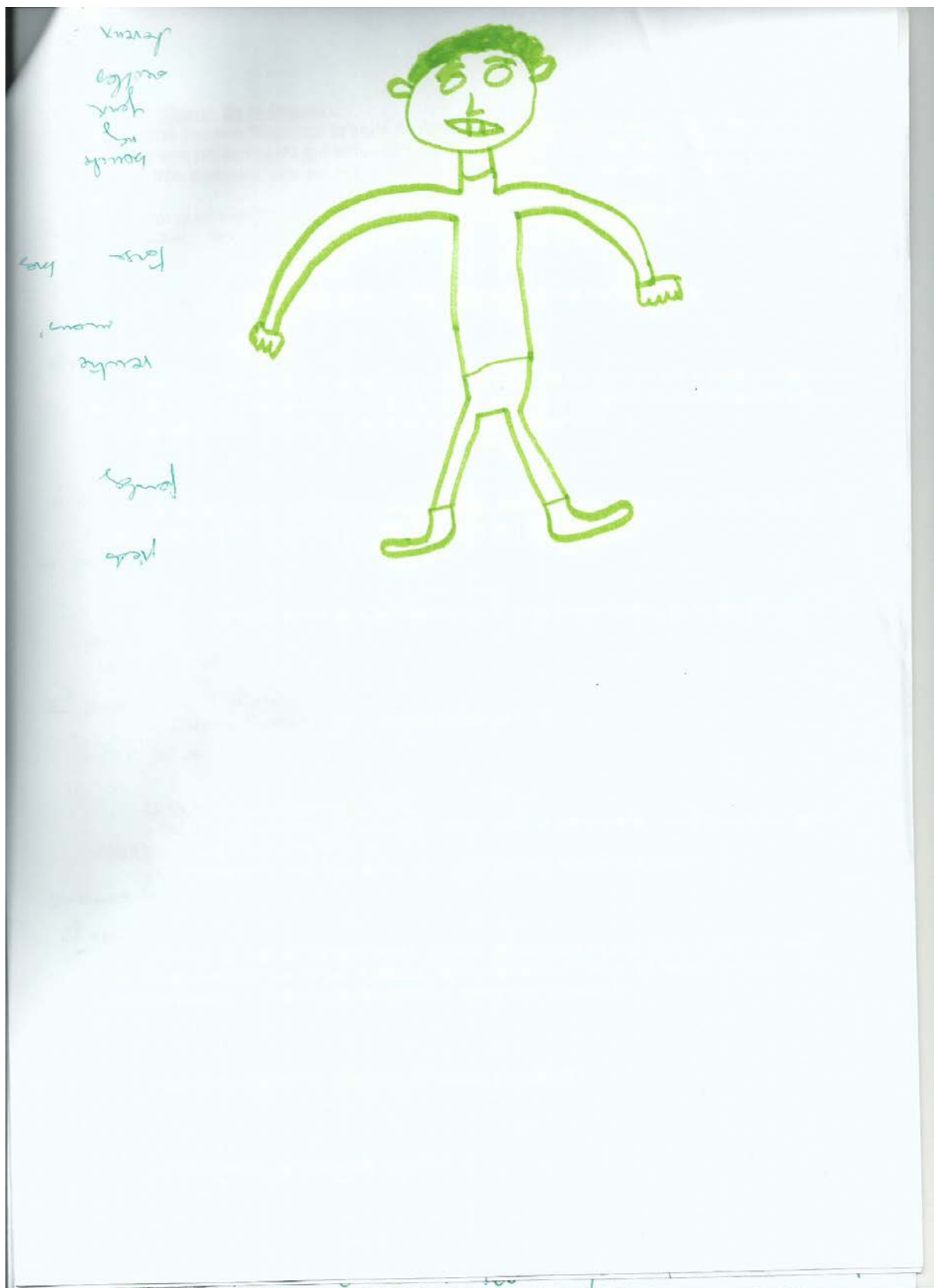
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Qu'il était quand même comme les autres, elle l'aimait comme les autres.* Et le papa ours? *Pareil que la maman.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Ils le trouvaient bizarre.* Bizarre? *Ben pas pareil.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Un peu mal.* Comment mal. *Ben pour la couleur.* Oui? *Il en avait marre d'avoir les pattes rouges.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il fait tomber un pot de peinture blanche sur les pattes qui deviennent blanches. Qu'est ce ça changeait pour lui? *Il était plus rouge, enfin il était un peu rouge sur le reste du corps.*

- Comment se termine cette histoire?

Il est content et heureux. C'était juste qu'il en avait marre d'avoir les pattes rouges.



Dessin sujet 7

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE

Edson,

sujet 8 (garçon), 10 ans 7 mois.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les os, le cœur, le sang, quand on se coupe on voit du sang, les poumons.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La tête les bras, les mains, le ventre, le dos, les cuisses, les jambes.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les mains, heu ici (il montre le coude). Le bras, l'épaule, la tête, le genou, Je me rappelle plus là, ah oui la cheville.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Jouer au foot, y a plein de choses en fait.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Les os, ça peut se casser comme mon petit doigt là. (il montre une attelle).

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

Le genou, parce que là y a plus d'os. Qu'y a-t-il? Ben y a le genou.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les poumons et les os, heu je sais pas, heu qu'est-ce que... Que... Je sais pas.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Rien

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

Je sais pas.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Elle grimpe sur le garçon par le ventre.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Partout. C'est à dire. Elle voit que c'est un garçon, ça se voit avec les cheveux et la tête et les affaires.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le nombril.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Elle voit son corps, mais en fait rien du tout il fait tout noir...* Alors à la fin elle ressort par où? *Le nombril*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Oh pas belles.* Qu'est ce qui était beau? *Son corps.* Et pas beau? *Je sais pas.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Des chatouilles, ça le faisait rigoler. Où? Partout.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Je sais pas.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? *Sa peau, les poils n'étaient pas marron mais noir.* Pourquoi n'était-il pas pareil? *C'est parce que c'est le père qui a baptisé.*

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Il était beau.* L'aimait-elle? *Oui.* Et le papa ours? *Il le trouvait tout beau comme le père.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Aussi, ils le trouvaient beau.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Il se trouvait beau aussi.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il va devenir tout vieux et un jour il va mourir, et c'est pareil pour la mère.

- Comment se termine cette histoire?

Un an plus tard il meurt. Comment? Je sais pas.



Dessin Edson, sujet 8

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE

Sujet 9 (garçon); 12 ans 3 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les os, le cerveau, ce qui a dans les oreilles, dans le cou, les vaisseaux sanguins, les globules blancs et rouges. Pas d'autres idées

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Les bras, les jambes, la tête, la bouche, le nez, les yeux, les oreilles, les pieds, les doigts. C'est tout

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les jambes, les bras, heu, je sais pas

d- On peut faire quoi avec son corps?

Bouger, faire des mouvements, bouger des objets, en fabriquer aussi, faire des loisirs, c'est tout je pense.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Les os quand même. Quand même? Oui. Le cerveau bien sûr. Comment cela? Je sais pas.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

Je sais pas.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les bras et les jambes. Oui, pour une raison particulière? Pour jouer au ballon et aux loisirs. Par exemple. Aller voir les ânes de mon copain, aider mon père, aller voir les poneys.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Je sais pas

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cerveau.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Par les bras

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit

La tête, ses jambes aussi. Oui et puis. Ses oreilles, c'est tout

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le trou du nez.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Je sais pas.* Alors à la fin elle ressort par où? *La bouche je pense.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles?. *Pas belles de rentrer dans les narines* Qu'est ce qui était beau? *Le garçon.* Et pas beau?..... *Heu je sais pas.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Sans doute mal.* Où? *Dans le nez, ça lui faisait bizarre.* Bizarre comment? *Il en avait jamais eu.* Quoi donc? *Des sensations.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Le garçon se réveille. Et... Il repart du pré.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? *Heu je sais pas, heu, il avait un nez de cochon.* Pourquoi n'était-il pas pareil? *Sa mère en avait un nez de cochon, les autres avaient le nez comme le père.*

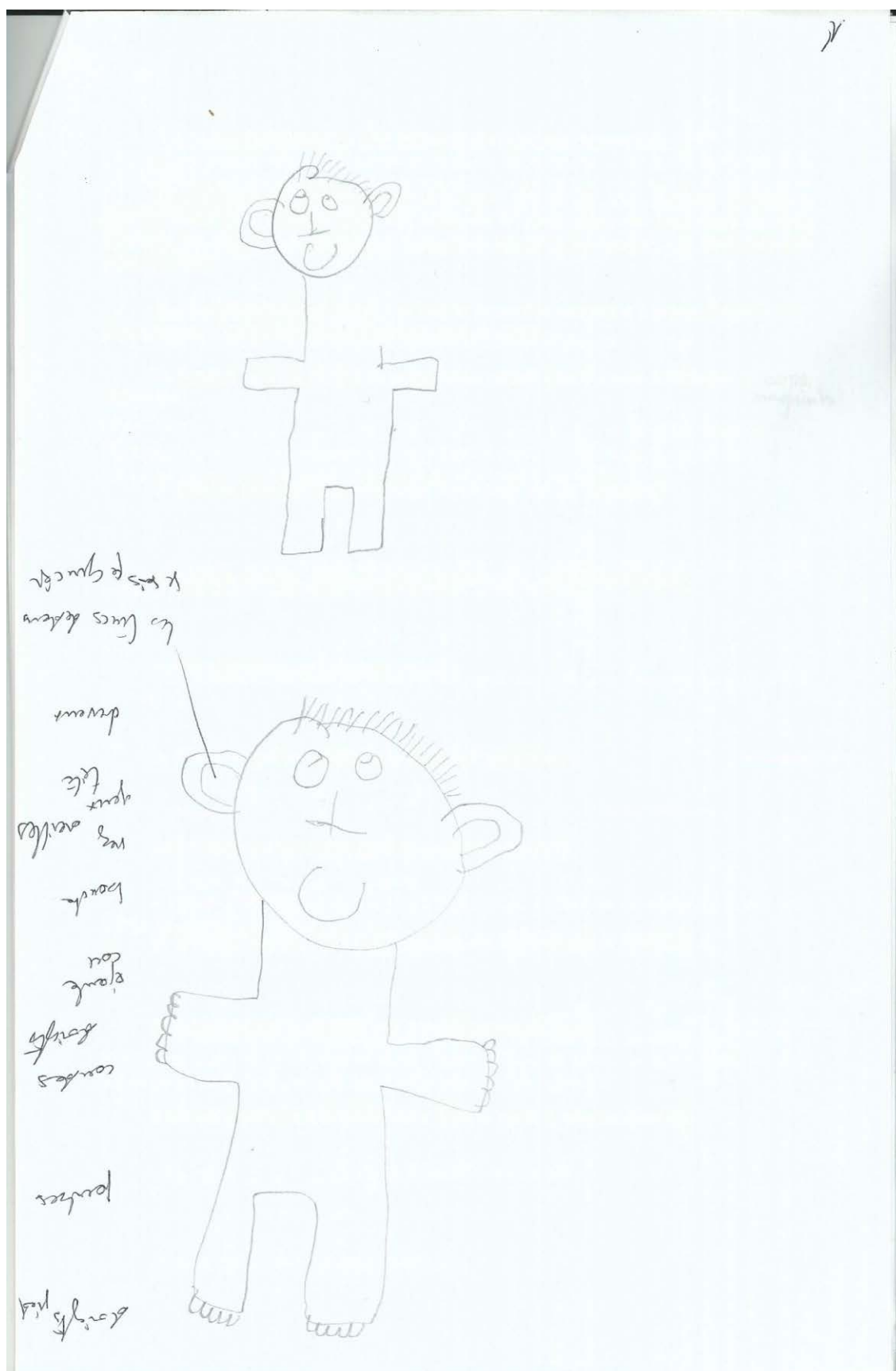
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle le rejetait.* L'aimait-elle? *Non.* Et le papa ours? *Il se demandait ce que c'était.* A propos de quoi? *Heu je sais pas.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Ils le rejetaient aussi.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Mal, il sentait du rejet.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il grandit beaucoup. Et puis. *Il trouve une autre ourse et lui fait des petits.* Comment sont ses petits? *Ils ont tous un nez de cochon.* Il y a du rejet? *Non.*

- Comment se termine cette histoire?

Bien. Bien comment? *Heu bien.*



Dessin sujet 9

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE Hector,
sujet 10 (garçon), 14 ans 1 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Le cœur, les poumons, les veines, les intestins, le ventre, plein de trucs. De trucs ? Si je sors tout y'en a trop. Les os, les pouls, heu le truc de cœur je sais pas quoi.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La peau, les ongles, les cheveux, les yeux, le nez, la bouche, c'est tout.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Le poignet, les bras, les jambes, les pieds, le cou, c'est tout.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Des fucks, non c'est une blague. Des signes de salut et tout ça. Serrer les mains, courir, marcher.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Les os. Comment cela ? Avec un gros choc et tout, ça se pète. Ça se pète ? Moi au bras j'ai une cicatrice, d'une gamelle en vélooo... (Il fait le bruit de la chute de vélo).

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

La tête (il se tape la tête). Il faut quand même plus d'un gros choc pour la péter.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les mains, les pieds, les jambes, les bras, la tête, tout.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Rien

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

Dans la tête, au fin fond du cerveau.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon»:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

La tête

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit...

Oh, heu, elle voit le nez, les yeux fermés, la bouche, le ventre, les bras, les mains, les pieds, les jambes.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Dans le nez.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *C'est dégueulasse, elle promène que dans la tête elle peut pas descendre, elle voit le cerveau, les globes oculaires, la respiration.* Alors à la fin elle ressort par où? *Par l'oreille.*

- La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Bof, un peu des deux.* Qu'est ce qui était beau? Et pas beau? *J'en sais rien.* Tu pensais un peu des deux. *J'arrive pas à me promener dans le corps des autres.* Te promener dans le corps des autres ? Rires

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Rien, il dormait.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle rentre chez elle.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas

pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

Lui il était blanc alors que les autres étaient noirs. La mère elle est noire, et le père des autres c'est un ours noir. Elle s'est faite attraper par un ours blanc.

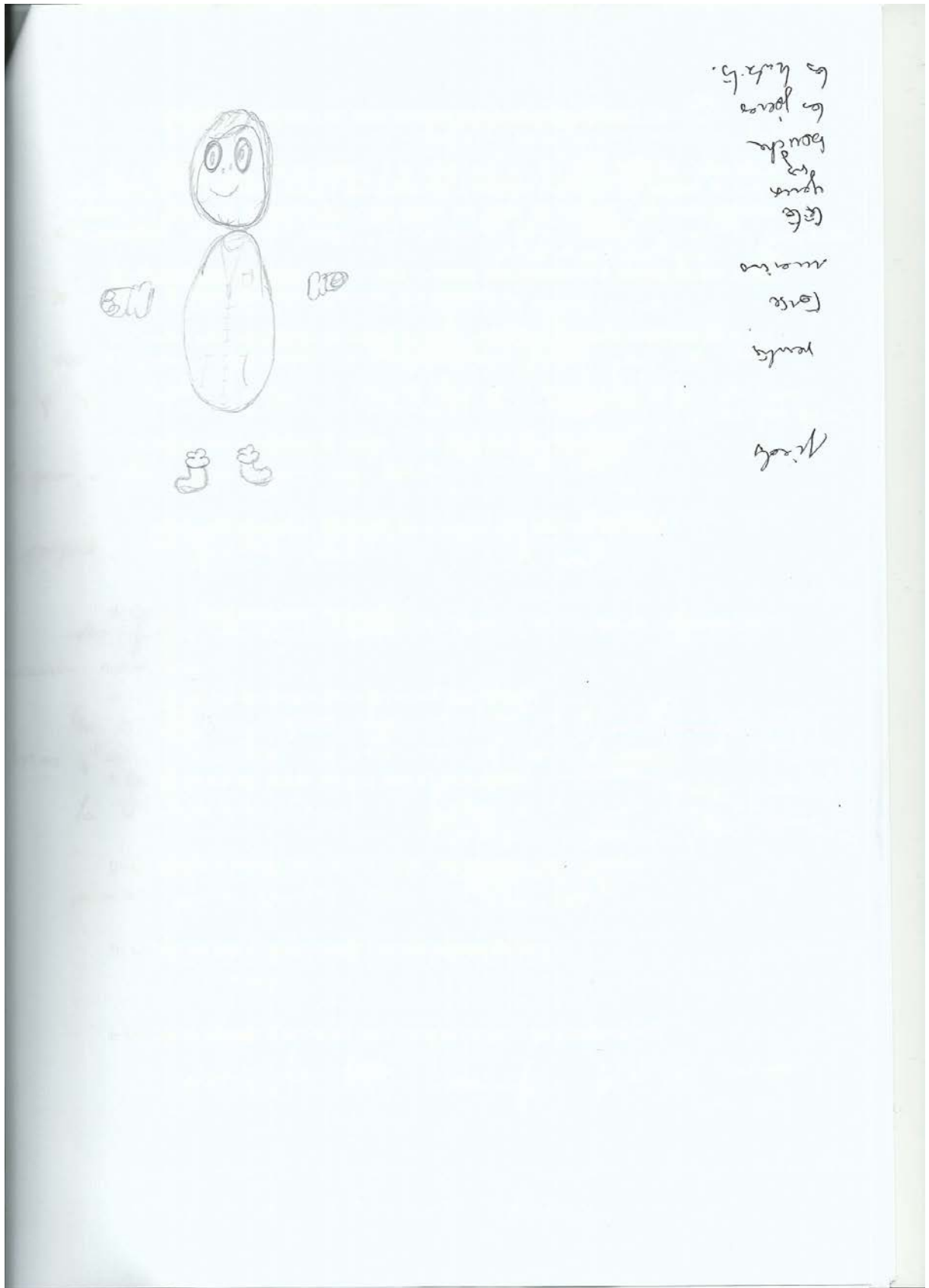
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle ne l'a pas rejetée. L'aimait-elle? Oui Et le papa ours? Il pensait pareil que la mère, mais que c'était un pingouin. Et les autres oursons, frères et sœurs? Eux ils pensent qu'à Noël, en fait ils s'en fichent ils pensent à autre chose. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Il se sent bien car tout le monde l'accepte*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il fait une vie heureuse

- Comment se termine cette histoire?

Il rencontre une femelle blanche et ils ont beaucoup d'enfants blancs.



Dessin de Hector, sujet 10 : Reezel. Reezel ? Oui il est comme un Reezel, il est tout beau, il ressemble pas à Mike de mon projet d'art plastique.

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE Sujet
11 (garçon), 13 ans 9 mois.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les genoux. (silence). Les parties génitales. Le torse, les coudes, omoplates, le dos, les pieds vu qu'on a les chaussures. Voilà. (les habits comme contenances dedans-dehors ?)

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La tête, les mains, les yeux, le nez.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les coudes, les genoux, la tête, les pieds, les mains, les doigts, les doigts de pieds.

d- On peut faire quoi avec son corps?

À peu près tout à part se plier en arrière.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Un peu les mains, les parties génitales. Tout le corps est fragile c'est comme ça. Comme ça ? C'est la loi de la nature.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

Les os. Pourquoi les os ? C'est consistant

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

(Long souffle d'hésitation). La tête, les mains, mes muscles. Oui les muscles. Surtout ceux des bras, et les abdos.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Mes cheveux. Qu'est-ce tu n'aimes pas de tes cheveux ? Je les coiffe pas souvent, je vois des coiffures, je me dis que je suis un peu différent. Différent ? Différent dans tous les domaines.

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cerveau, dans le système nerveux

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Par les jambes, ou par les bras. Heu non par les jambes.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit

Elle voit des creux, que le corps il est pas circulaire, pas de rond, c'est disproportionné.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *La bouche.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *La trachée, elle voit les bronches, elle continue à l'estomac. Elle se fait aspirer par le suc digestif. Elle meurt et le garçon se réveille.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? Qu'est ce qui était beau? Et pas beau?...

C'est pas très appétissant. Il y avait beaucoup de choses différentes de son corps à elle. C'est pas le même mode de vie.

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? Où?

Il a rien senti, c'est trop petit on sent pas dans son corps ce qui se passe.

- Comment cette histoire c'est elle terminée? La question n'est pas posée et est considérée la réponse citée plus haut : *Elle meurt et le garçon se réveille*

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

La couleur et la forme. C'est-à-dire. Lui il est blanc et les autres bruns. J'ai lu ça, il y a une chance sur 1000 d'avoir un ours de couleur différente. Différente de... C'est le hasard.

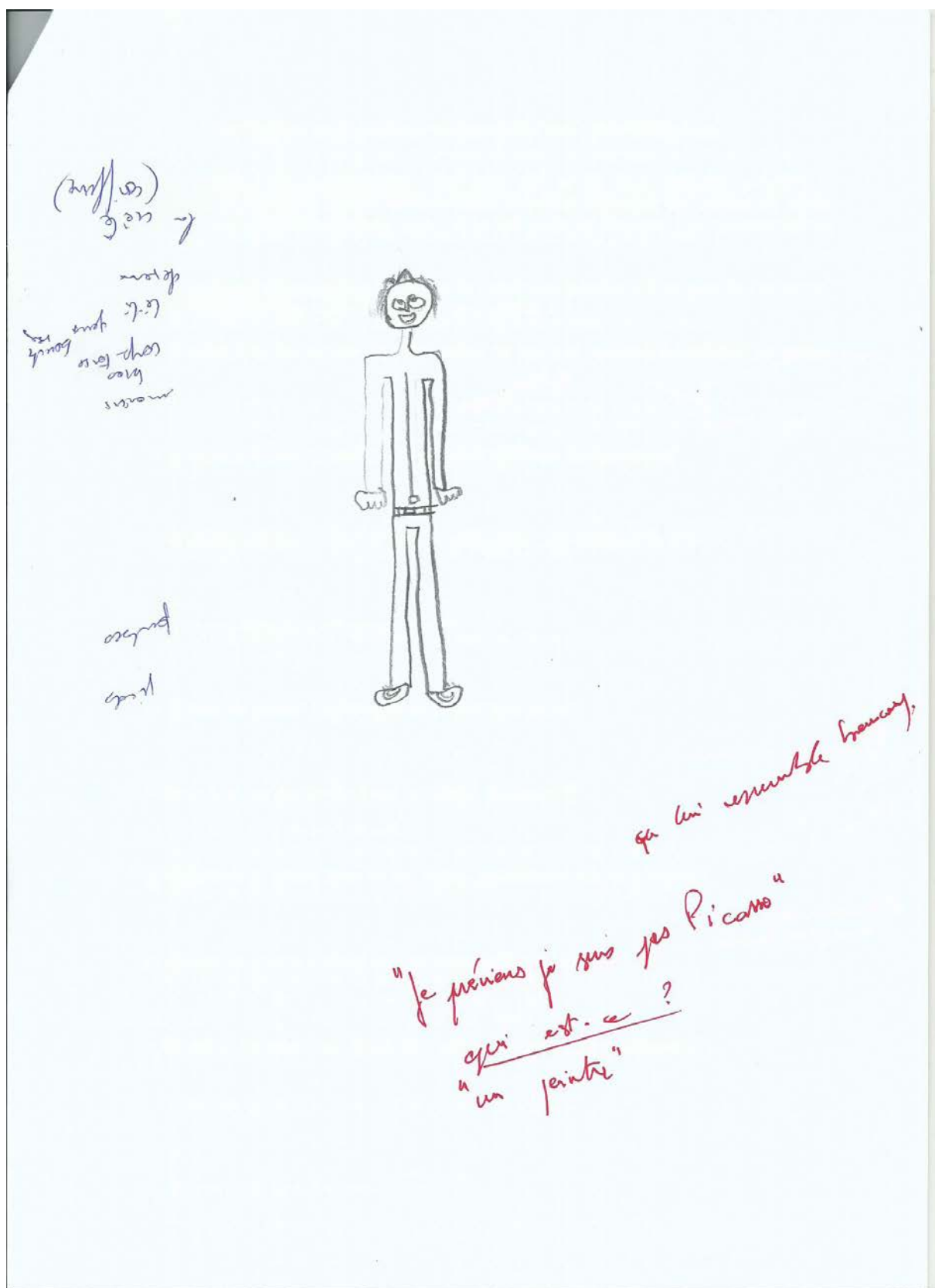
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Il est différent mais c'est quand même son fils. L'aimait-elle? Oui. Et le papa ours? Je sais pas, aussi que c'était son fils, on peut rien faire contre, c'est la nature. Et les autres oursons, frères et sœurs? Ils auraient voulu savoir, ils le rejetaient un peu. Savoir ? Comprendre. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Il se trouvait différent, ça lui faisait du complexe, mais il s'en fiche.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il peut pas trouver de compagne, il se fait rejeter.

- Comment se termine cette histoire?

Un jour il trouve une compagne qui l'accepte, ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfants.



Dessin sujet 11 : *Je préviens je suis pas Picasso*. Silence pendant la réalisation du dessin, puis l'enfant semble attentif au dessin. Qui est-ce ? *Un peintre*.

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE Sujet
12 (garçon), 9 ans 2 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les os. Et encore. La peau le sang et c'est tout

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Le dos, et le ventre, et je sais pas.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les pieds, les mains, le ventre. Oui et puis. C'est tout, heu et la tête.

d- On peut faire quoi avec son corps?

On peut marcher, on peut faire plein de choses en fait. Plein ? Oui, heu, on peut e coucher. Marcher et se coucher... Oui

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

Les bras et les mains. Oui pourquoi ? Quand tu tombes, la main en arrière, ça peut casser l'os comme j'ai fait (l'enfant porte un plâtre au bras). La tête aussi, par exemple, si on envoie 1 gros ballon, trop fort. Tu vois par exemple, si tu es là et que moi je tire un ballon fort, si ça vient à la tête ça peut casser le nez.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

Les pieds, heu non les talons. Pourquoi ? Quand tu marches ça fait pas mal ; peut-être.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les mains, les pieds, la tête, la bouche, les yeux.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Comment ça s'appelle, heu, les fesses. Il y en a qui descendent les pantalons. Comment cela ? Ils descendent les pantalons à l'école, je me laisse pas faire.

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

Dans la tête, dans le cerveau.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Par le ventre.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit... et puis...

La tête, les yeux, la bouche, le nez, les pieds et le ventre.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le nombril.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Les os, le cerveau, heu la cervelle, et c'est tout, heu et les yeux.* Alors à la fin elle ressort par où? *Par le nombril.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Pas belles (il crie presque). Qu'est ce qui était beau? Et pas beau?... Ce qui était beau c'était au-dessus du ventre. Comment au-dessus ? Quand elle était dehors, ce qui était pas beau c'était quand elle est rentrée dedans.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, *Rien (il crie presque), ça lui faisait plaisir ou mal? Mal peut-être. Où? Dans le dedans, là, (il montre le ventre). Peut-être qu'elle l'a piqué, une fourmi ça peut piquer.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Le garçon pourrait se réveiller.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ». Il rit

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

Je sais pas, heu, la tête. Quelle différence avait-elle ? Le museau, il était plus long.

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle croyait que c'était pas un ours. Elle croyait qu'en fait c'était un autre genre d'animal, voilà, on imagine ça. L'aimait-elle? Je pense que oui, sinon elle l'aurait mis dehors. Et le papa ours? Il l'aimait aussi sinon lui aussi il l'aurait mis dehors, mais ça le fâchait plus. Et les autres oursons, frères et sœurs? Ils trouvaient que c'était pas leur frère, en plus quand il va à l'école les autres croient aussi que ça n'est pas un ours. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Il était mal, triste.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il va être triste, il n'aura plus d'amis.

- Comment se termine cette histoire?

Ben heu en fait il retrouve ses amis.



Dessin sujet 12 : Les oreilles, en plus c'est moi. Je me suis mis une perruque, il s'est trompé de chaussettes.

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Kali, sujet 13 (fille) 10 ans 2 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les poumons, les vertèbres, on me dit toujours qu'elles sont coincées, elles veulent pas se relâcher. Je vois pas vraiment où elles sont.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Les cheveux, les doigts, le nez, le cou, le pied, je sais pas, je sais pas, je sais pas.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les poignets, les coudes, les hanches, les épaules, les genoux, les chevilles, le cou, les orteils, les doigts.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Vivre, c'est tout.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Tout ce qui est du cou, les yeux. Le ventre autour des côtes. Pourquoi? On peut se faire mal.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

La tête, les pieds dessous, les épaules un peu ça va.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Je sais pas vraiment

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Tout ou rien. Comment cela? Ben, heu, tout ou rien.

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cerveau

Conte de la fourmi

« Une fille s'était un jour endormie dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps de la petite fille »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

L'épaule.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

Le menton, le ventre, les côtes, les jambes, les hanches, les bras, la tête, les pieds, les omoplates, le dos, les talons, les paumes, les yeux, le visage.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *L'oreille.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Ça peut être des trucs de dehors? Heu, elle voit les omoplates, les os, les veines, les côtes, les trous d'air de la peau, le tuyau pour toute la digestion, l'estomac, le foie, l'appendice.* Alors à la fin elle ressort par où? *Par l'oreille.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Dans le corps y a pas beaucoup de choses jolies.* Qu'est ce qui était beau? *Il y a une feuille à côté du foie. Une feuille? Oui, ça s'était joli par rapport au reste.* Quel reste? *Pour un corps c'est pas moche.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? Où?

Elle se sentait bien, ça faisait bizarre quand elle voit le cœur. Ca lui faisait quoi? Elle peut y passer dans le cœur.

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle s'assoit à côté d'elle et raconte ce qui s'est passé dedans. Elle peut sortir par un toboggan de bave, un peu gluant.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ». *Bon même si c'est pas vrai, elle peut pas avoir plus de deux.*

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »?

Il est blanc. Et comment sont les autres? *Comme des ours des Pyrénées, ils sont marrons noirs.* Pourquoi n'était-il pas pareil? *Heu, c'est le petit dernier alors il est bizarre.*

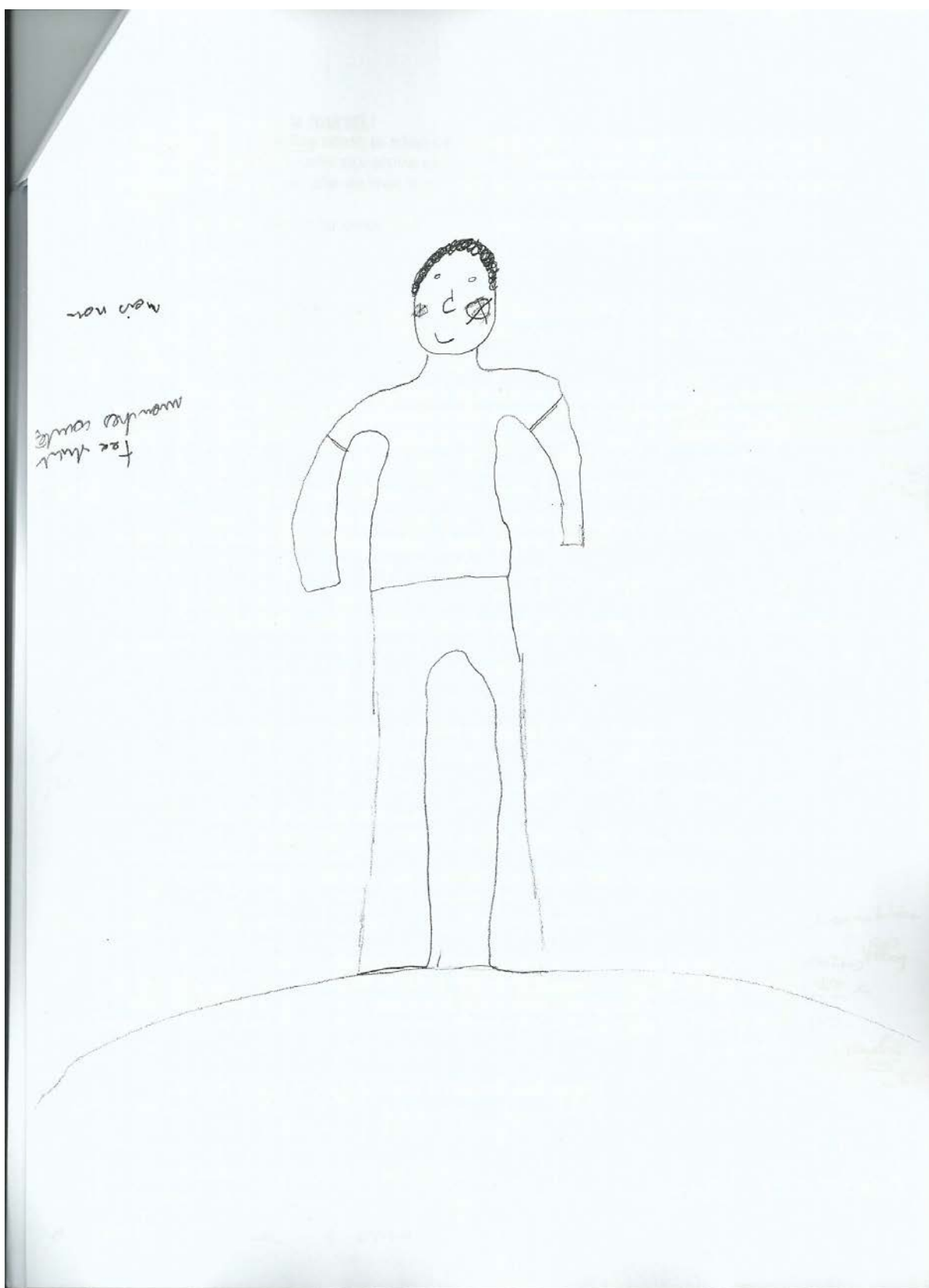
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle le trouvait beau.* L'aimait-elle? *Pas trop.* Et le papa ours? *Il le trouvait bizarre aussi.* Comment cela? *Il trouvait bizarre la couleur et sa façon de réagir.* Comment réagissait-il? *Il réagissait pas.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Ils le détestaient.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Il se trouvait moche aussi.* Et par rapport au ressenti des autres. *Ben oui, il le sentait.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Ça devient le chef d'une grande famille.

- Comment se termine cette histoire?

Il a eu un enfant de chaque couleur. Que ressentait-il pour eux? *Pour les deux du plaisir et de l'amour.*



Dessin de Kali, sujet 13 : *Oulala, je suis pas très forte en dessin*

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Sujet 14 (garçon), 11 ans 11 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Le cœur, les poumons.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Le sein, le nombril, le zizi, les fesses.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les bras, la tête, les jambes, le ventre, le dos.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Jouer, bouger, faire du sport, heu, c'est tout.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Les os. Pourquoi? Parce que c'est fragile.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Je ne sais pas.

g- Qu'est-ce que tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Le nombril

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Oui. Les pieds, les pieds, les bras, les mains, les jambes, la tête, le ventre, le dos. Qu'est-ce qui ne va pas? Je voudrai les mettre en dinosaure, pour manger tout le monde.

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le crâne, dans la tête.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Les pieds.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit.

La main. Et puis. Les doigts. Et... C'est tout.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le nombril.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Les boyaux, le cœur, les reins, ah.* Et puis. *L'appareil digestif, l'appareil respiratoire et c'est tout* Alors à la fin elle ressort par où? *Par les fesses, (rires), heu non par le nombril.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Heu, moyen.* Qu'est ce qui était beau? *Le boyau, on dirait de saucisses.* Et pas beau? *Les reins. Pourquoi? C'est bizarre.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Pas plaisir.* Pas plaisir, mais cela faisait quoi alors? *Je ne sais pas, des petites douleurs.* Où? *Au ventre.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Pas bien, parce que l'enfant écrase la fourmi.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »?

La couleur de la peau. Quelle couleur avait-il? Il était blanc. Et les autres. Marrons. Pourquoi n'était-il pas pareil? Parce que le papa ours était blanc.

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Il était beau. L'aimait-elle? Oui. Et le papa ours? Qu'il était beau aussi. Et les autres oursons, frères et sœurs? Ils préféreraient être comme lui, ils sont jaloux. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Il était content.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il devient grand, il va aller en Antarctique.

- Comment se termine cette histoire?

Très bien parce qu'il fait 5 oursons.



Dessin sujet 14

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Sujet 15 (garçon), 14 ans 6 mois.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Heu. Heu. Les pieds dans les chaussures. Les jambes dans le pantalon. Les bras dans le tee-shirt.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

Les mains le visage. Et voilà. Heu, la tête en général.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les pieds, les mains, les jambes, les genoux. Et puis. La mâchoire, les lèvres, le dos. Le dos j'ai oublié de la dire tout à l'heure. Et voilà je crois.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Presque tout. Presque? Il y a des choses qu'on ne peut pas faire. Comme. Marcher sur l'eau.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Les os. Pourquoi? Je sais pas comment l'expliquer. Tu peux essayer (silence). As-tu eu des blessures? J'ai eu un arrachement osseux.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Les os. Pourquoi? L'extérieur de l'os est solide, la carapace.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Mes mains. Je fais beaucoup de choses avec, et mes jambes. Pour? Je peux courir.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Rien, si on l'a ça sert à quelque-chose.

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cerveau.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Par la main posée par terre, c'est le plus facile à grimper, c'est logique.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit...

Des vêtements. Et puis. Elle voit que c'est grand comparé à elle. Oui et puis. Les chaussures, tous les habits.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *La narine.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Il grimace: *ça doit gratter.* Qu'est-ce qu'elle voit? *Les organes, les muscles.* Et puis. *Le sang, les veines, tout ce qui a dans le corps, je connais pas tout.* Alors à la fin elle ressort par où? *La narine.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? Pas très belles. Qu'est ce qui était beau? *Le cœur qui fait vivre, normalement.* Comment cela normalement. *C'est moins bien si on a une grave maladie.* Comme. *Comme une maladie du cœur.* Et pas beau? *C'est bizarre à l'intérieur.* Oui, c'est à dire. *Il y a du sang c'est bizarre.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal?

Mal, il a dû éternuer plusieurs fois c'est pas terrible, ça gratte. Où? A la narine, je pense mais ça m'est jamais arrivé.

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle est contente de son voyage, elle a vu des choses nouvelles. Que fait-elle? Elle rentre chez elle.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? *La couleur du pelage, ça arrive parfois. Quelle couleur avait-il? Blanc aux yeux bleus. Les autres? Les autres sont bruns aux yeux bruns. Pourquoi n'était-il pas pareil? Bonne question je sais pas* (silence).

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Elle trouvait bizarre, elle est habituée à voir tout le monde brun. L'aimait-elle? Oui. Et le papa ours? Il trouvait bizarre aussi, normalement le vrai père ours disparaît. Et les autres oursons, frères et sœurs? Rien, ils sont trop jeunes pour comprendre. Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? Il se sentait pas comme les autres, il était triste.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il grandit et retrouve sa couleur normale initiale.

- Comment se termine cette histoire?

Il vit comme tous les ours, comme s'il avait toujours été un ours normal entre guillemets.



Dessin sujet 15 : il souffle et rit légèrement plusieurs fois en réalisant le dessin, « *je l'ai jamais autant loupé* ». Comment cela? *Je le dessine souvent.*

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE
Sujet 16 (garçon), 14 ans.

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Les os. Et puis. Le cœur, l'estomac, les intestins, le foie, je crois que c'est tout.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La peau. Oui et puis. (Silence). Autre chose. Non

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

(Il se regarde les bras). Les coudes, les jambes, les genoux, les doigts, et je sais pas. Oui quoi d'autre. Rien.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Parler, marcher, se déplacer, écrire, respirer, je sais pas après.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Le cœur. Pourquoi? Il peut s'arrêter à tout moment. Et. Et on meurt.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Les os. (silence) Ça dépend lesquels. De quoi cela dépend? Les côtes ça peut se casser, je sais pas.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Je sais pas, les jambes et la tête. Les jambes pour? Pour courir et taper dans le ballon au foot. La tête? Pour parler et faire des bisous.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Rien

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cœur et dans le cerveau.

Conte de la fourmi

« Un garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

La tête.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit

Je sais pas. Elle promène un peu. Elle voit les yeux, la bouche, le nez. Et puis. Je sais pas.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? (Rire). *La bouche ou le nez, heu la bouche.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? *Les os le cœur, le foie.* Et puis. *C'est tout, heu, le sang.* Alors à la fin elle ressort par où? *La bouche aussi.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Belles.* Qu'est ce qui était beau? *Un cœur qui bat, et du sang.* Le sang beau ou pas beau? *Pas beau.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Il savait pas il dormait.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle s'en va et le garçon se réveille. De quoi s'est-il aperçu? De rien.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »?

La couleur de la peau. Quelle couleur il avait? Lui brun. Les autres? Les autres marron clair. Pourquoi n'était-il pas pareil? Peut-être le père était brun, il ressemble à son père.

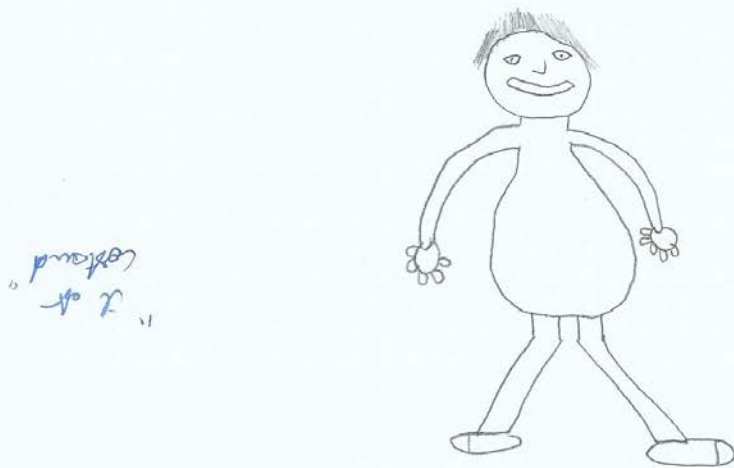
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Qu'il ressemble à son père. L'aimait-elle? Oui Et le papa ours? Il était content parce qu'il lui ressemblait.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Ils faisaient comme s'il faisait pas partie de la famille parce qu'il était pas pareil.* Comment ils s'y prenaient? *Ils le mordaient.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Battu.* Et donc. *Il parta.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il parta de la famille et cherche une fille, une femelle.

- Comment se termine cette histoire?

Il en trouve une et ils font des bébés et ils sont heureux.



Dessin sujet 16: *Il est costaud*

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE

Sujet 17 (garçon), 10 ans 9 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Je sais pas

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La tête, les mains, les pieds parfois. Comment parfois? Ben oui, si on a les pieds nus.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les doigts, les genoux, les coudes, les chevilles.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Plein de choses. Oui par exemple. Ben la roue. Tu sais toi? Non. Quoi d'autre encore. Je sais pas.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Le cœur. Pourquoi? Je ra... (il s'arrête). Oui? Non rien.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

Les os. Pourquoi? C'est dur.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Les doigts. Pour? Par exemple pour les ombres chinoises (il se tortille les doigts). Tu le fais? Oui, quand il reste de la lumière dans la chambre, quand je m'ennuie.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Rien

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans le cerveau

Conte de la fourmi

« Un garçon (ou une fille selon le sexe de l'enfant) s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille) »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Le bras.

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit... et puis...

Les pieds, la tête, les mains, le ventre, les jambes.

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? *Le nombril.* Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? (Il rit) *Pas grand-chose. C'est à dire. La peau.* Et puis. *C'est tout.* Alors à la fin elle ressort par où? *Par le dessus.* C'est à dire. *Ben par le nombril.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? *Belles et pas belles.* Qu'est ce qui était beau? *Les bras, les mains, la tête.* Et pas beau? *Les pieds et les jambes.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? *Là rien!*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle repart dans sa fourmilière. Oui et puis. Elle va raconter à tout le monde ce qu'elle a vu. Qu'a-t-elle vu? Ben ce qu'on a dit avant.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »?

Il était blanc. Oui et les autres? Marrons. Pourquoi n'était-il pas pareil? Et bé, certains ça leur arrive. Oui? C'est comme ça.

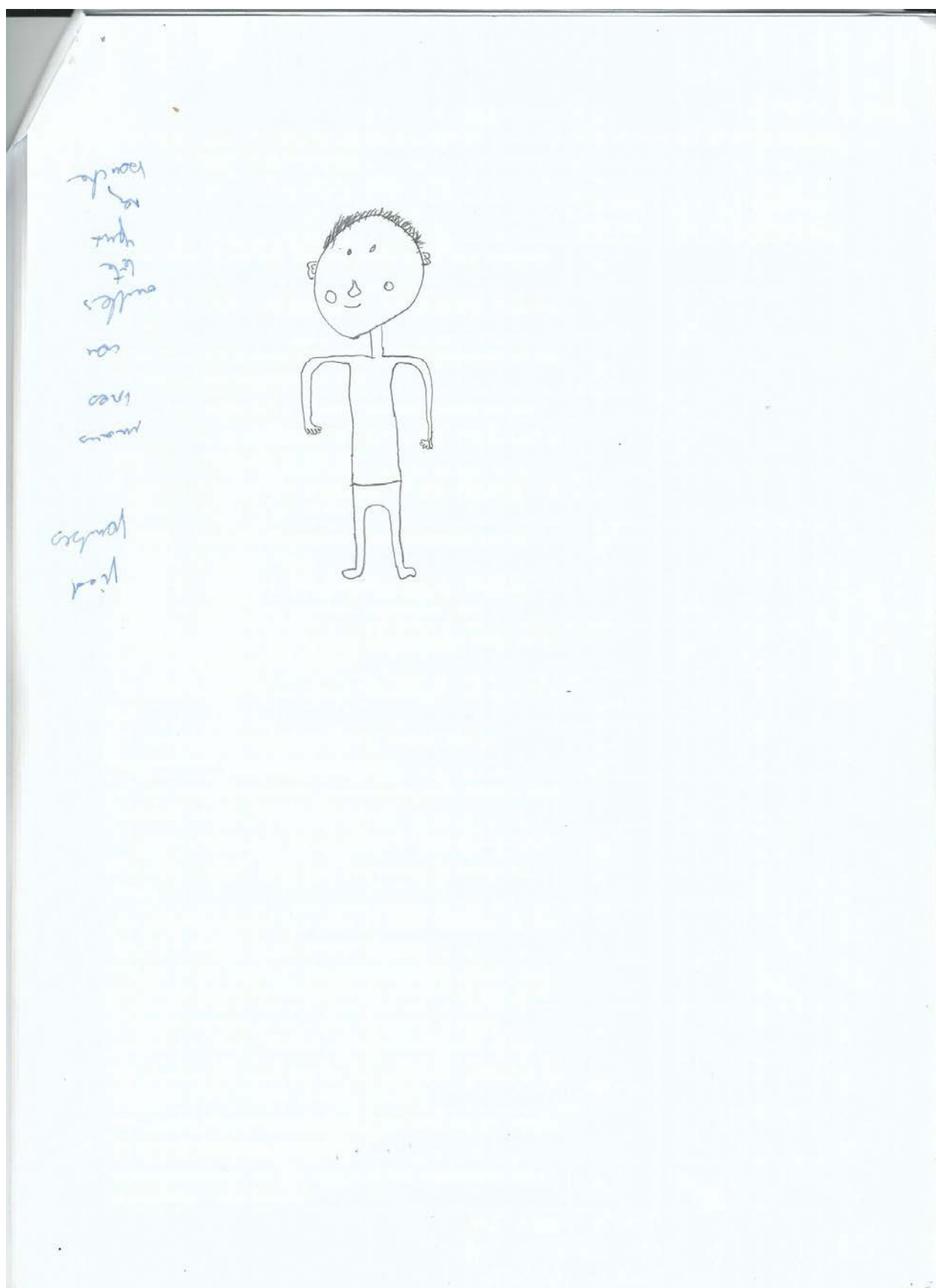
- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? Que même le blanc c'est quand même un ours. L'aimait-elle? Oui. Et le papa ours? *Tous les papas ours n'aiment pas les petits. Aucun? Non aucun.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Comme il est pas pareil ils se moquaient de lui.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Triste.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il grandit et il a plus de chance que les autres.

- Comment se termine cette histoire?

Bé il a fini dans un cirque avec sa mère.



Dessin sujet 17: *Il aurait fallu le demander à mon frère. Comment cela? Moi je sais pas dessiner, là c'est un gros pâté.*

RECUEIL DE L'ENTRETIEN SUR LES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE Sujet 18
(garçon), 10 ans 4 mois

Questionnaire corporel :

« Je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

Le cœur, l'os, le poumon, les côtes, la colonne vertébrale, la circulation du sang, les veines, je pense que j'ai tout dit, le cerveau.

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

La peau, les yeux, la bouche, le nez, la joue, les oreilles, les cheveux, la gorge, les doigts, les bras, les poignets, le dos, les cuisses, les chevilles, les orteils, le pied, j'ai assez dit.

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

Les bras, les mains, les doigts, la colonne vertébrale, le ventre, la tête, le cou, les jambes, le poignet, les chevilles, les orteils, voilà.

d- On peut faire quoi avec son corps?

Des gestes, faire du mal. Comment ? en faisant bouger le corps. A qui ? A des personnes. Des personnes ? Oui.

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps?

Les os, on fait une chute de 3 mètres sur le verglas, on peut se casser quelque-chose. Et oui. Ça m'est arrivé peut être ce matin. Comment cela ? Ben je suis tombé. Il y a aussi le poumon, le cœur, le sang, les veines, les orteils. Qu'est-ce qu'il y a de fragile. Quand on fait une maladie. Une maladie ? Oui.

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps?

La tête. Pourquoi ? Quand on donne un coup de boule ça fait pas mal.

g- Qu'est-ce tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

Le cœur, je respire avec le cœur. Ça peut se soigner il va battre et... et... sinon... On meurt. Ça peut faire penser à quelqu'un. A mon papy.

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

Les maladies, j'aime pas être malade

i- Où est la pensée à ton avis?

Dans la pensée, dans le crâne

Conte de la fourmi

« Un garçon (ou une fille selon le sexe de l'enfant) s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit : « Qu'est-ce que c'est que ça ? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille) »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

Sur la jambe.

- De là, elle va promener partout ! Dis-moi tout ce qu'elle voit... et puis...

(rire) *Le tee shirt, le pantalon, un short (rire), un chapeau, (rire), des cuisses, des muscles, un nez, une bouche, des orteils, des cils, les tibias, le cubitus, voilà après c'est trop dur (l'enfant prend un air très sérieux).*

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou ? *(il se cache les yeux, rit, rougit), le derrière. Les fesses ? oui. Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit ? Je sais pas heu, le cubitus, les testicules. Et puis... Les microbes du sang, des veines, des os, le poumon, le cœur, le foie, voilà (l'enfant prend un air très sérieux, grand soupir). Alors à la fin elle ressort par où ? Le devant (rire). C'est-à-dire ? Ben là où il fait pipi. (Rire). Ah oui.*

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles ? *Pas très belles. Par exemple. Le zizi et le culcul. Autre chose ? Le sang, je sais pas. Qu'est ce qui était beau ? Le cœur (rire), et le poumon voilà.*

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou

mal? *Ça faisait mal. Où? Quand elle grattait dans le corps. Et la fourmi ? Elle rigolait.*

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

Elle est morte. A quel moment ? Quand elle veut partir l'enfant l'a écrasé, l'a mordu en mangeant un bonbon où il y avait la fourmi.

Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »?

Il était marron. Et les autres. Blancs. Pourquoi n'était-il pas pareil? Ca arrive. Oui comment ? Une petite maladie dans le ventre de sa mère (rires).

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? *Il était joli, mignon et pouvait être gentil parfois (rires).* L'aimait-elle? *Oui* Et le papa ours? *Il pensait qu'il voulait le tuer.* Qui pensait cela ? *Le père voulait tuer l'ourson.* Et les autres oursons, frères et sœurs? *Ils le trouvaient aussi mignon, sympa, pas méchant, ils l'aimaient beaucoup comme sa mère.* Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il? *Bizarre. C'est-à-dire. Comme ça, bizarre.*

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

Il fait des enfants. Et. Et voilà.

- Comment se termine cette histoire?

Bien. C'est-à-dire. Ils finissent en couple. Qui ? Les enfants en couple, en harmonie. L'ourson pas pareil ? *Oui lui et ceux pareils que les autres.*



Dessin sujet 18

11.5 DEMANDE DE CONSENTEMENT

La présente demande de consentement fut présentée oralement aux sujets de notre recherche et leurs représentants légaux puis signée pour accord.

DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER À UNE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

Madame, Monsieur,

Vous êtes sollicités en votre qualité de parent pour autoriser la participation de votre enfant à une recherche en psychologie. Cette recherche est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie au sein de l'université Toulouse 2 Mirail, école doctorale CLESCO, Laboratoire cliniques Pathologique et Interculturelle. Elle concerne les participations sensorielles et émotionnelles à certaines souffrances psychiques. Cette recherche est conduite par Monsieur Laurent Branchard ; psychomotricien, psychologue, sous la direction de Monsieur le Professeur Gérard Pirlot.

Selon votre accord, votre enfant sera amené à répondre à des échelles d'évaluation et d'attention sensorielle lors de rendez-vous précis (un à deux). Les réponses peuvent ensuite être utilisées dans le cadre de la recherche. Ces évaluations se feront sur le lieu de soin habituel de votre enfant au centre hospitalier des Pyrénées. Les bénéfices directs à escompter pour votre enfant sont inconnus, les risques sont nuls. Les résultats aux évaluations sont rendus anonymes dans la recherche ; dont l'objectif est une amélioration de la pratique du soin.

Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser. Le consentement de votre enfant est également recherché et sa participation à la recherche ne se fera qu'avec également son accord. Le refus d'une seule des personnes sollicitées suffit au refus de consentement et sera respecté. Vous et votre enfant serez libres de retirer votre consentement à tout moment sans aucun préjudice ni explicitation de votre part.

Également, vous disposez d'un droit de consultation et d'information sur l'avancée et les résultats de cette recherche auprès des professionnels et institutions la conduisant. Les résultats terminaux seront accessibles auprès de l'université Toulouse 2 Mirail.

Nom
Prénom
En qualité de

Laurent Branchard

Oloron sainte Marie, le

11.6 PROTOCOLE DE RECHERCHE VIERGE

11.6.1 Questionnaire d'alexithymie enfants

Donne ton avis sur chaque phrase en mettant une croix dans la case qui correspond à ce que tu penses de cette phrase.

	Ce n'est pas vrai	C'est un peu vrai	C'est tout à fait vrai
1- souvent, je ne sais pas très bien ce que je ressens en moi			
2- je trouve que c'est difficile de dire ce que je ressens en moi			
3- je sens des choses dans mon corps que mêmes les médecins ne comprennent pas			
4- j'arrive facilement à dire ce que je ressens en moi			
5- quand j'ai un problème, je veux savoir d'où il vient et pas seulement juste en parler			
6- quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère			
7- je suis souvent intrigué(e) par des choses que je ressens dans mon corps			
8- je préfère attendre et voir ce qui se passe, plutôt que de penser à pourquoi les choses arrivent			
9- quelque fois, je n'arrive pas à trouver les mots pour dire ce que je ressens en moi			
10- c'est important de comprendre ce qu'on ressent en soi			
11- je trouve que c'est difficile de dire ce que je ressens pour les autres personnes			
12- les autres personnes me disent que je devrais plus parler de ce que je ressens en moi			
13- je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi			
14- bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère			
15- je préfère parler aux gens de leurs activités de tous les jours plutôt que de leurs sentiments			
16- je préfère regarder des émissions télé amusantes plutôt que des films racontant les problèmes des gens			
17- c'est dur pour moi de dire ce que je ressens vraiment en moi, même à mon/ma meilleur(e) ami(e)			
18- je peux me sentir proche de quelqu'un, même si on est assis sans bouger et sans rien dire			
19- quand je veux résoudre mes problèmes, ça m'aide de penser à ce que je ressens			
20- j'aime moins un film si je dois me concentrer pour comprendre son histoire			

11.6.2 Questionnaire répression de Weinberger

Partie I : Le but de ces questions est de comprendre comment vous êtes habituellement ou ce que vous ressentez en général, pas seulement pendant les quelques semaines passées mais durant l'année écoulée ou plus. Lisez, s'il vous plaît, chaque phrase attentivement et entourez le chiffre qui vous décrit le mieux. Si vous ne pouvez vraiment pas dire si c'est plutôt « vrai » ou plutôt « faux », choisissez « incertain ».

1 : faux (ou la plupart du temps faux), **2 : plutôt faux** (plus faux que vrai), **3 : incertain**, **4 : plutôt vrai** (plus vrai que faux) ; **5 : vrai** (ou la plupart du temps vrai).

	faux	plutôt faux	incertain	plutôt vrai	vrai
1. J'apprécie la plupart des choses que je fais pendant le week-end.					
2. Il y a eu des fois où j'ai dit que je ferais quelque chose alors que j'en ai fait une autre.					
3. J'ai souvent l'impression que personne ne prend vraiment soin de moi comme je le voudrais.					
4. Faire des choses pour aider les autres est plus important pour moi que n'importe quoi d'autre.					
5. Je passe beaucoup de temps à penser à des choses qui pourraient aller mal.					
6. Il y a des fois où je ne suis pas très fier(e) de mes actes.					
7. Peu importe ce que je fais, je prends habituellement du bon temps.					
8. Je suis le genre de personne qui essaiera une fois quelque chose, même si ce n'est pas très prudent					
9. Je ne suis pas très sûr(e) de moi.					
10. Certaines choses se sont passées cette année où je me suis senti(e) mécontent(e) sur le coup.					
11. De temps à autre, je ne fais pas ce que l'on me demande de faire.					
12. Je me souviens d'une fois où j'ai été tellement en colère contre quelqu'un que j'ai eu envie de lui faire du mal					
13. Je réponds à ces questions en disant la vérité.					
14. Ces dernières années, il y a eu de nombreuses fois où je me suis senti(e) malheureux (se) ou abattu(e).					
15. Je me considère en général comme une personne heureuse.					
16. J'ai fait des choses qui n'étaient pas bien et que j'ai regrettées par la suite.					
17. En général, je ne laisse pas les choses trop me contrarier.					
18. Je pense à des fois où je n'ai pas eu une bonne opinion de moi-même.					
19. Je devrais essayer de mieux me contrôler quand je m'amuse.					
20. Je fais des choses qui vont à l'encontre de la loi plus souvent que la plupart des gens.					
21. Je ne m'aime vraiment pas beaucoup.					
22. Je prends en général du très bon temps quand je fais des choses avec d'autres personnes.					

	faux	plutôt faux	incertain	plutôt vrai	vrai
23. Quand j'essaie quelque chose pour la première fois, je suis toujours sûr(e) que je serai bon(ne).					
24. Les choses qui m'arrivent ne me rendent jamais triste.					
25. Je ne me conduis jamais comme si j'en savais plus qu'en réalité.					
26. Je me donne souvent du mal pour les autres.					
27. Je me sens parfois si mal que j'aimerais être quelqu'un d'autre.					
28. Je suis le genre de personne qui sourit et rit beaucoup.					
29. De temps à autre, je dis de mauvaises choses sur des gens que je ne leur dirais pas en face.					
30. De temps à autre, je ne tiens pas une promesse que j'ai faite.					
31. Par moments, je me contrarie pour une chose qui, finalement, n'était pas si importante.					
32. Tout le monde fait des erreurs au moins une fois de temps en temps.					
33. La plupart du temps, je ne m'inquiète pas trop.					
34. Je suis le genre de personne qui s'amuse souvent.					
35. J'ai souvent l'impression que je ne persévère pas parce que je ne vois pas comment faire mieux.					
36. Les personnes qui me mettent en colère devraient faire attention.					
37. Il y a eu des fois où je n'ai pas fini quelque chose parce que j'ai passé trop de temps à « tirer au flanc ».					
38. Je m'inquiète trop pour des choses qui ne sont pas importantes.					
39. Il y a eu des fois où j'ai caché avoir mal agi.					
40. Je ne suis jamais méchant(e) envers les personnes que je n'aime pas.					
41. Je renonce parfois à faire quelque chose parce que je ne pense pas être très doué(e) pour cela.					
42. Je me sens souvent triste ou malheureux (se).					
43. De temps à autre, je dis des choses qui ne sont pas complètement vraies.					
44. Je pense habituellement que je suis le genre de personne que je veux être.					
45. Je n'ai jamais rencontré personne de plus jeune que moi.					

Partie II : le but de ces questions est de comprendre comment, le plus souvent, vous pensez, vous vous sentez ou agissez. Encore une fois, nous souhaitons savoir ce qui est habituel pour vous, même si cela n'est pas arrivé dans les derniers jours ou dernières semaines. Après avoir lu chaque phrase, entourez le chiffre correspondant à votre réponse :

1 : Presque jamais ou jamais 2 : Rarement 3 : Parfois 4 : Souvent 5 : Presque toujours ou toujours

	jamais	rarement	parfois	souvent	presque toujours
	1	2	3	4	5
46. J'ai le sentiment que je peux faire aussi bien que les autres.					
47. Je pense aux sentiments des gens avant de faire quelque chose qu'ils pourraient ne pas aimer.					
48. Je fais les choses sans trop y réfléchir.					
49. Quand j'en ai le loisir, je prends des choses qui ne m'appartiennent pas vraiment.					
50. Si quelqu'un essaie de me blesser, je m'assure de me venger.					
51. J'aime faire des choses pour les autres même quand je ne reçois rien en retour.					
52. Je me sens effrayé(e) quand je pense que quelqu'un pourrait me blesser.					
53. J'entre dans une humeur si maussade que j'ai juste envie de traîner et ne rien faire.					
54. Je deviens « fou (folle) et déchaîné(e) » et fais des choses que les autres pourraient ne pas aimer.					
55. Je fais des choses qui ne sont vraiment pas correctes aux gens qui m'importent peu.					
56. Je tricherais si je savais que personne ne risquerait de le découvrir.					
57. Quand je fais quelque chose pour m'amuser (par exemple faire la fête, faire l'idiote etc...) j'ai tendance à me laisser emporter et aller trop loin.					
58. Je me sens très heureux(se).					
59. Je m'assure que faire ce que je veux ne posera pas de problèmes aux autres.					
60. J'enfreins les lois et les règles avec lesquelles je ne suis pas d'accord.					
61. Je me sens tout au moins un peu contrarié(e) quand les gens font remarquer des choses que j'ai mal faites.					
62. J'ai le sentiment d'être une personne spéciale et importante.					
63. J'aime bien faire des choses nouvelles et différentes que beaucoup considéreraient comme bizarres ou pas vraiment prudentes.					
64. Je deviens nerveux(se) quand je sais que je dois faire de mon mieux.					
65. Avant de faire quelque chose, je pense à la façon dont cela affectera les gens autour de moi.					
66. Si quelqu'un fait quelque chose que je n'apprécie vraiment pas, je lui crie dessus.					
67. On peut compter sur moi pour faire ce que je dois faire.					
68. Je m'emporte et « tant pis pour les autres » quand je suis en colère.					
69. Je me sens si abattu(e) et si malheureux(se) que rien ne me fait aller mieux.					
70. Ces dernières années, je me suis senti(e) plus nerveux(se) et inquiet(e) que je n'avais besoin de l'être.					
71. Je fais des choses qui, je le sais, ne sont pas bien.					
72. Je dis la première chose qui me passe par la tête sans y réfléchir suffisamment.					
73. Je suis toujours sur le dos des gens que je n'aime pas.					
74. J'ai peur que quelque chose de terrible arrive, à moi ou à quelqu'un qui compte pour moi.					
75. Je me sens un peu abattu(e) quand je ne fais pas aussi bien que je l'avais pensé.					
76. Quand les gens que j'aime font des choses sans me le proposer, je me sens un peu exclu(e).					

77. Je m'applique à ne pas heurter les sentiments des autres.					
78. Je me sens nerveux(se) et effrayé(e) à l'idée que les choses ne marchent pas comme je le souhaite.					
79. Je m'arrête et je réfléchis bien avant d'agir.					
80. Je dis des choses méchantes à celui qui m'a énervé(e).					
81. Je m'assure d'éviter les ennuis.					
82. Je me sens seul(e).					
83. J'ai l'impression d'être vraiment bon(ne) dans les choses que j'entreprends.					
84. Quand quelqu'un cherche la bagarre, je riposte.					

11.6.3 Points d'appui au sol

« je vous demande de m'indiquer avec le plus de précision possible les points d'appui de votre corps ». Relance si besoin: « les points d'appui sont les endroits du corps qui touchent le matelas ».

Points d'appui dénommés:numérotés
 Désignation sur modèle:x

Talons (pieds)				Bras		
Mollets (jambes)				Coudes		
Cuisses				Avant-bras		
Fesses				Poignets		
Espace lombaire (bas dos)				Mains		
Dos (haut)				Doigts		
Omoplates				Tête		
Epaules						

Parties du corps dénommées mais pas en contact avec le sol

11.6.4 Entretien sur les représentations corporelles

A - Dessin du bonhomme: « le plus joli et le plus complet possible »; conformément au protocole initial il est demandé à l'enfant d'annoter les parties du corps connues, ou bien que l'examineur note selon les dires de l'enfant. Les commentaires sont recueillis.

B - Questionnaire corporel: « je vais te poser des questions à propos de ton corps, je te propose d'y répondre aussi librement que possible ».

a- Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans?

b- Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur?

c- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier?

d- On peut faire quoi avec son corps?

e- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps? (pourquoi?)

f- Qu'est-ce qui est solide dans le corps? (pourquoi?)

g- Qu'est-ce que tu aimes bien de ton corps, les endroits que tu préfères?

h- Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?

i- Où est la pensée à ton avis? (si « dans le corps », où exactement?).

C – Conte de la fourmi :

« Un garçon (ou une fille selon le sexe de l'enfant) s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit: « Qu'est-ce que c'est que ça? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille »:

- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?

- De là, elle va promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit... et puis...

- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou? Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit? Et puis... Alors à la fin elle ressort par où?

- la petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles? Qu'est ce qui était beau? Et pas beau?...

- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? Où?

- Comment cette histoire c'est elle terminée?

D- Conte de l'ourson pas pareil

« Dans la montagne, une maman ourse avait eu des petits oursons. L'un d'eux n'était pas pareil aux autres ».

- Qu'est-ce qu'il avait de « pas pareil »? Pourquoi n'était-il pas pareil?

- Qu'est-ce que sa maman ourse pensait de son ourson pas pareil? (L'aimait-elle?) Et le papa ours? Et les autres oursons, frères et sœurs? (Pour un enfant unique, dire « ses camarades ») Et l'ourson pas pareil, comment se trouvait-il?

- Qu'est-ce qui arriva, plus tard, à l'ourson pas pareil?

- Comment se termine cette histoire?

12- INDEX DES TABLEAUX

<i>Tableau 1</i> : tableau résumant la répartition des items du questionnaire de répression de Weinberger.	129
<i>Tableau 2</i> : résultats chiffrés aux questionnaires de répression de Weinberger.....	277
<i>Tableau 3</i> : recueil des réponses aux questionnaires d'alexithymie	279
<i>Tableau 4</i> : recueil des réponses aux points d'appui	280

13- INDEX DES AUTEURS

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Acklin, 138, 263 | 110, 235, 240, 241, | 271 |
| Ajuriaguerra, 64, 263 | 248, 252, 264 | Cupa, 75, 271, 272 |
| Anzieu, 54, 69, 70, 80, | Bouvet, 43, 264 | Cuynet, 138, 269 |
| 103, 168, 263, 272 | Branchard, 32, 110, | Dall'Asta, 265 |
| Attigui, 101, 111, 263 | 115, 126, 212, 219, | Daniel, 273 |
| Aucouturier, 111, 263 | 242, 264, 337 | Davidson, 74, 126, 273 |
| Aulagnier, 55, 263 | Brun, 102, 104, 106, | Debray, 47, 108, 265 |
| Bagby, 270 | 107, 264, 269 | Dechaud-Ferbus, 54, |
| Baranes, 54, 263 | Bullinger, 65, 66, 264 | 99, 116, 265 |
| Bergeret, 23, 38, 168, | Calza, 110, 117, 264 | Dejours, 37, 47, 97, |
| 234, 263 | Carton, 45, 74, 125, | 108, 112, 243, 247, |
| Bergès, 132, 263 | 126, 128, 129, 145, | 265 |
| Bermond, 130, 263 | 156, 185, 264, 270 | Delaporte, 13, 265 |
| Bernard, 131, 274 | Chabert, 45, 264, 272 | Delfour, 42, 265 |
| Berthoz, 62, 131, 263, | Chasseguet-Smirgel, | Delion, 55, 273 |
| 269 | 112, 264 | Delourmel, 46, 95, 265 |
| Bick, 67, 263, 268 | Chouvier, 104, 106, | Denis, 249, 265 |
| Bion, 25, 26, 34, 39, 44, | 107, 264 | Deutsch, 127, 265 |
| 54, 70, 94, 263 | Ciccone, 70, 265 | Di Rocco, 24, 87, 265 |
| Bleger, 92, 263 | Claudon, 110, 240, 265 | Donnet, 25, 94, 265, |
| Blomart, 124, 263 | Coblence, 94, 265 | 266 |
| Bodart, 131, 146, 185, | Consoli, 74, 125, 126, | Dugré-Lebigre, 269 |
| 269 | 128, 129, 145, 156, | Dumet, 91, 101, 109, |
| Bonvalot-Soubiran, 263 | 185, 270 | 266, 272 |
| Botella, 82, 87, 108, | Contant, 110, 117, 264 | Duparc, 45, 56, 71, 95, |
| 235, 241, 252, 263, | Coppens, 21, 265 | 97, 103, 266 |
| 264 | Corcos, 45, 74, 76, 78, | Dupasquier, 100, 266 |
| Boubli, 71, 72, 87, 108, | 131, 264, 265, 269, | Durmanova, 103, 266 |

- Elbez, 110, 264
 Endler, 270
 Estellon, 41, 266, 271
 Fédida, 47, 105, 108, 265, 266
 Ferchaud, 57, 267
 Férenczi, 84, 115, 266
 Fogassi, 272
 Fremaux, 131, 269
 Frère Artinian, 101, 266
 Freud, 22, 24, 29, 30, 31, 36, 43, 44, 56, 58, 65, 79, 93, 108, 174, 227, 243, 244, 266, 267
 Freud, A, 43, 266
 Gallese, 272
 Gerritsen, 263
 Getin, 57, 267
 Godard, 138, 269
 Golse, 54, 65, 87, 105, 109, 112, 196, 235, 241, 252, 268
 Grandin, 80, 268
 Green, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 33, 34, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 75, 76, 81, 95, 98, 244, 265, 266, 268, 271
 Grotstein, 34, 44, 54, 268
 Guillaume, 44, 268
 Guillaumin, 22, 34, 268
 Gutton, 210, 211, 226, 227, 242, 268
 Haag, 54, 63, 67, 70, 268
 Henry, 14, 63, 268
 Joly, 113, 269
 Jouanne, 77, 269
 Kaës, 28, 84, 85, 94, 269, 272
 Kernberg, 39, 269
 Kets de Vries, 74, 269
 Kohut, 39, 269
 Konicheckis, 71, 240, 252, 264
 Lacan, 24, 36, 269
 Lahaye, 77, 131, 146, 156, 185, 269
 Lang, 81, 270
 Laplanche, 58, 88, 126, 246, 269
 Luras-Petit, 103, 269
 Lecourt, 69, 269
 Lepoutre, 24, 269
 Lesage, 66, 269
 Lézine, 132, 263
 Lhopital, 70, 265
 Lighezzolo-Alnot, 265
 Liscano, 33, 269
 Loas, 76, 78, 131, 132, 156, 190, 269
 Luminet, 131, 146, 185, 269
 Maggiori, 131, 274
 Mariage, 138, 269
 Marty, 25, 45, 198, 270
 McDougall, 71, 75, 270
 Mechler, 133, 146, 156, 273
 Meerum Terwogt, 131, 271
 Meltzer, 58, 270
 Merleau-Ponty, 63, 270
 Mikolajczak, 131, 146, 185, 269
 Milner, 107, 270
 Missenard, 25, 28, 270
 Moyano, 134, 135, 136, 140, 156, 270
 Mullins, 138, 270
 Navarro, 81, 270
 Oosterveld, 131, 271
 Ouss-Ryngaert, 210, 270
 Pajet, 156, 270
 Parker, 130, 156, 270
 Passone, 240, 270
 Patelière, 13, 265
 Paumelle, 116, 270
 Pardinielli, 76, 78, 270
 Pélissier, 100, 266
 Pellet, 81, 270
 Pfefferbaum, 138, 270
 Piaget, 65, 271
 Pirard, 38, 271
 Pireyre, 65, 271
 Pirlot, 37, 42, 74, 76,

- 110, 115, 131, 219,
242, 264, 271, 337
- Pontalis, 126, 246, 269
- Pourrinet, 59, 271
- Prat, 27, 102, 112, 115,
271
- Puyuelo, 35, 271
- Quartier, 131, 274
- Racamier, 34, 80, 271
- Rassial, 38, 271
- Reid, 82, 271
- Resnik, 102, 271
- Rhoades, 138, 270
- Richard, 203, 271
- Richelle, 124, 271
- Rieffe, 156, 271
- Rizzolatti, 62, 272
- Rodriguez, 84, 110, 272
- Roman, 109, 272
- Rosch, 62, 64, 273
- Roussillon, 44, 45, 69,
81, 91, 94, 104, 106,
107, 112, 113, 264,
272
- Roux, 32, 109, 272
- Rouyère, 133, 146, 156,
273
- Royer, 134, 135, 156,
272
- Saïet, 88, 272
- Salamin, 131, 274
- Sami-Ali, 272
- Scarpa, 265
- Schmid-Kitsikis, 80, 88,
272
- Schmitz, 270
- Schwartz, 273
- Searles, 42, 102, 272,
273
- Sifneos, 76, 273
- Sinigaglia, 62, 272
- Smadja, 45, 71, 273
- Stern, 41, 63, 273
- Suarez-Labat, 240, 270
- Szwec, 47, 273
- Taylor, 270
- Thompson, 62, 64, 273
- Tichey, 135, 138, 147,
156, 234, 273
- Treillet, 133, 146, 156,
273
- Tustin, 44, 239, 273
- Van Broeck, 269
- Varela, 61, 62, 64, 68,
273
- Vasseur, 55, 273
- Verrier, 131, 269
- Vincent, 61, 273
- Vingerhoets, 263
- Vorst, 130, 263
- Wallier, 131, 269
- Warnecke, 40, 273
- Weinberger, 74, 125,
126, 129, 130, 145,
156, 185, 270, 273,
277
- Williams, 80, 270, 273
- Winnicott, 25, 26, 32,
34, 44, 53, 69, 70,
104, 105, 111, 127,
170, 226, 268, 273,
274
- Zimmermann, 131, 274
- Zorn, 45, 274
- Zweig, 33, 274

Résumé : Si la négativité psychique est commune à chacun, elle peut envahir la dynamique et l'économie psychiques dans des tableaux psychopathologiques eux-mêmes marqués par cet envahissement. Un tel processus psychopathologique viendrait empêcher le rôle « seuil » du corps via la sensorialité, et viendrait grever lourdement les destins pulsionnels ; symbolisations et affects. Selon nos hypothèses, cadre et technique cliniques seraient alors à adapter par une thérapie avec et par le corps propre du sujet. Un protocole de 18 sujets cherche à évaluer les efforts de répression, l'alexithymie, la sensorialité aux points d'appui du corps et les représentations corporelles dans des hypothèses qui révéleraient des « abus de négativité psychique ». Quatre études de cas de suivis thérapeutiques permettent une discussion plus en détail en considérant le cas par cas.

Nous concluons par des propositions de réaménagements théoriques et cliniques qui permettraient la prise en compte d'un tel abus de négativité dans le cadre de psychothérapies. Pour certains sujets, nous pensons que c'est précisément sur ce seuil qu'un effet thérapeutique est le plus mobilisable.

Mots clés : négativité, sensorialité, corps, médiation, clinique.

Summary : Psychic negativity exists for everyone, but it can invade both the dynamic and the economic aspects of the psyche, resulting in psychopathologies that are influenced by this invasion. Such a psychopathologic process could hinder the 'interface' role of the body through sensibility, and could largely prevent instinctual drives; symbolism and affect. Our hypothesis suggests that the clinical setting and technique should be adapted, with a body-mediated therapy. A study of 18 persons aims at evaluating repression efforts, alexithymia, sensibility at the level of the supporting points of the body and body representations, in supposed cases of 'excessive psychic negativity'. Four case studies focusing on follow-up therapy provide valuable insight on a case-by-case basis.

As a conclusion, we make suggestions about theoretical and clinical reorganizations so that 'excessive psychic negativity' is taken into account in psychotherapies. For some persons, we think this 'interface' role is precisely what could produce a therapeutic effect.

Key words: negativity, sensibility, body, mediation, clinical study.